Tom. III. *Styczeń 1901.* № 1.

# Czasopismo Lekarskie

## Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu.

Podał Dr. **A. Karczewski** (Warszawa).

Za przykładem zagranicznych towarzystw lekarskich, dzięki zapoczątkowaniu kol. Krajewskiego, przed kilku miesiącami na porządek dzienny obrad Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego wprowadzona została sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego. O ile sprawa ta okazała się żywotną, dowodzi fakt, że odczyt i dyskusya nad nim zajęły kilka z kolei posiedzeń, fakt rzadki, zaiste, w dziejach wspomnianego towarzystwa. Odczyt kol. Krajewskiego, oparty na imponującym, jak na nasze stosunki, materyale, tudzież szereg przemówień kelegów, biorących udział w dyskusyi, rzuciły wiele światła na omawianą sprawę. Pomimo to nie należy sądzić, by przedmiot całkowicie został wyczerpany. Zapalenie wyrostka robaczkowego, ta kameleonową zmiennością cechująca się choroba, nastręcza na każdym kroku i długo jeszcze nastręczać będzie szereg zagadnień co do rozpoznawania, wynajdywania wskazań lekarskich i wyboru sposobu leczenia. Do rozwiązania tych zagadnień prowadzi jedna tylko droga— droga ścisłego spostrzegania i skrzętnego gromadzenia przypadków, które z jakichkolwiek bądź powodów zasługują na uwagę.

Wychodząc z powyższego założenia, pozwalam sobie podać do wiadomości opis przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu, przypadku, w którym szereg zabiegów operacyjnych doprowadził do pomyślnego wyniku.

Dnia 8-go Kwietnia r. b. zostałem wezwany do chorej pani X., zamieszkałej w miejscowości odległej o kilkanaście godzin drogi koleją od Warszawy. Pomoc moja okazała się potrzebną jakoby z powodu zamknięcia światła kiszek. Po przybyciu na miejsce,

poczęści od samej chorej, a poczęści od jej męża i miejscowego lekarza dowiedziałem się szczegółów następujących.

Pani X. ma lat 28. Ojciec jej zmarł wcześnie wskutek niewiadomej choroby, matka żyje i jest zdrowa, jedna siostra zmarła z powodu zapalenia płuc, brat ma jakoby suchoty. W 5-ym roku życia chorowała na ospę. Miesiączkować zaczęła w 12-ym roku życia. Peryody w początku z przerwami dwóch — trzechmiesięcznemi, potem prawidłowe, typu co 4 tygodnie po 4—5 dni, zawsze połączone z bólami w krzyżu. Wyszła zamąż w 21-ym roku życia. Po wyjściu zamąż kilka razy miewała opóźnienie peryodów na 7—10 dni, raz po takiem opóźnieniu był krwotok dość obfity. Nie rodziła ani razu. Z powodu niepłodności kilkakrotnie zasięgała porady akuszerów, którzy rozpoznawali tyłopochylenie macicy i zalecali odpowiednie środki. Często cierpiała na bezsenność, w ostatnim roku prawie stale nie mogła sypiać. Zawsze miała skłonność do zaparcia stolca. Mniej więcej przed rokiem, bez nadużycia w dyecie, dostała mocnych bólów w dole brzucha, przytem miała wymioty i zaparcie stolca; brała olej rycynowy i emulsyę, ciepłoty nie mierzyła, leżała w łóżku 3 dni. W 5 miesięcy potem dostała ponownie gwałtownych bólów w dole brzucha i wymiotów. Z powodu zaparcia stolca brała również olej rycynowy. Tym razem leżała 7 dni w łóżku. Po wstaniu z łóżka czuła się bardzo osłabioną. Dość długo powracała do zdrowia. W początkach Marca za poradą dentysty zaczęła brać gorczycę w ziarnkach, jako środek przeciwko zaparciu stolca, w ilości $^3/_4$ łyżki 3 razy dziennie. Wogóle zjadła około funta gorczycy. W początku gorczyca skutkowała, stolec był codziennie; wkrótce jednak, pomimo gorczycy, musiała pomagać sobie lawatywami.

Dnia 5-go Kwietnia r. b. nad wieczorem, bez wyraźnego powodu zjawiły się bóle w głębi brzucha, mniej więcej pośrodku, dość słabe w początku. Położyła się spać o godzinie 11-ej w nocy, lecz spać nie mogła, ponieważ bóle zwiększały się stopniowo. W nocy wzięła sporą porcyę oleju rycynowego. Bóle potem nie tylko się nie uspokoiły, lecz przeciwnie—wzmogły się znacznie. Było jedno wypróżnienie bardzo niedostateczne i kilka razy wymioty. O godzinie 7-ej zrana wezwano miejscowego lekarza, który zalecił emulsyę z oleju rycynowego z dodatkiem belladonny.

Dnia 6-go Kwietnia, przez cały ranek, bóle były bardzo mocne, mocniejsze niż w nocy. Wymiotów ani wypróżnień nie było. Około drugiej po południu z polecenia lekarza miejscowego chora zaczęła brać kalomel, którego wzięła 3 proszki, co godzinę jeden. Kalomel pozostał bez skutku, bóle coraz większe. Około godziny 8-ej wieczorem przyjechał drugi lekarz, który kazał przystawić pijawki w dole brzucha i zalecił wodę gorzką (Franciszka Józefa), którą chora zwymiotowała. Wypróżnień ani gazów nie było.

W nocy z dnia 6-go na 7-y kwietnia nie spała z powodu bólów. Zrana 7-go Kwietnia dano chorej lawatywę naprzód z wody ciepłej, potem z oliwy. Lawatywy również pozostały bez skutku

woda wyszła, oliwa zaś zatrzymała się w kiszce. Bóle trwały w dalszym ciągu, wymiotów nie było. Wieczorem tegoż dnia wezwano trzeciego lekarza, który zalecił opium do wewnątrz i lód na brzuch.

Dnia 8-go Kwietnia bóle zmniejszyły się nieco. Ku wieczorowi chora miała kilka płynnych wypróżnień z dużą ilością gazów. W wypróżnieniach znaleziono domieszkę oliwy i masę ziarnek gorczycy.

W nocy z dnia 8-go na 9-ty Kwietnia widziałem chorą po raz pierwszy i znalazłem stan następujący. Chora prawidłowej budowy, dobrego odżywiania z dużą warstwą podskórnej tkanki tłuszczowej. Na twarzy wypieki barwy ceglastej. Język obłożony, lecz niezbyt suchy. Tętno około 100, dość pełne. Ciepłota 38,8.

Skarży się na ból w całym brzuchu i w prawej połowie klatki piersiowej. Brzuch mocno wzdęty, bardzo bolesny przy ucisku; wszędzie odgłos bębenkowy, nigdzie nie można wyczuć nieprawidłowego stwardnienia. Przy badaniu przez pochwę w tylnem sklepieniu daje się wyczuć ciało twarde, podobne kształtem do macicy tyłopochylonej. Toż samo ciało twarde można wyczuć przy badaniu przez odbytnicę.

Rozpoznałem zapalenie wyrostka robaczkowego z ogólnem podrażnieniem otrzewnej bez wyraźnego nacieczenia. Zaleciłem morfinę pod skórę i lód na brzuch, odkładając interwencyę chirurgiczną aż do chwili, w której objawy ogólnego podrażnienia otrzewnej ustąpią, a natomiast nacieczenie stanie się wyraźniejszem.

Dnia 10-go Kwietnia, nazajutrz po moim wyjeździe, ciepłota spadła do 37,5, utrzymując się na tym poziomie przez półtory doby. Ku wieczorowi dnia 11-go Kwietnia ciepłota doszła do 38-iu, a w ciągu 5 dni następnych wahała się w granicach od 37,3 do 38,2; raz tylko, mianowicie dnia 14-go kwietnia, podskoczyła w południe do 38,8. Przez cały ten czas bóle były znośne, wypróżnienia częste, wymiotów nie było. Chora skarżyła się na mocne pragnienie i bezsenność. Przytomność była zachowana. W prawym dole biodrowym zaczęło się uwydatniać nacieczenie, które wreszcie stało się tak wyraźnem, że w dniu 15-ym Kwietnia zawezwano mnie powtórnie w celu dokonania operacyi.

Po przybyciu na miejsce dnia 16-go kwietnia znalazłem co następuje. Przytomność zachowana; chora rozsądnie odpowiada na pytania, opowiada jednak przytem, że dnia poprzedniego nad wieczorem miała jakieś przywidzenia. Tętno około 90, dość pełne, ciepłota 38. Język suchy, brzuch mniej wzdęty. W prawym dole biodrowym istnieje nacieczenie wielkości dwóch pięści, bolesne przy ucisku. Reszta brzucha mało bolesna. Chora skarży się nadto na ból w prawej połowie klatki piersiowej, wskutek czego postawiono jej dnia poprzedniego bańki suche na prawym boku.

Dnia 16-go Kwietnia około 10-ej zrana przystąpiłem do operacyi pod chloroformem. Zrobiłem cięcie w kierunku ukośnym, długości około 25 ctm., z prawej strony brzucha, ku wewnątrz od

kolca przedniego górnego. Ścianę brzuszną przeciąłem warstwami aż do otrzewnej. Rozsunąwszy brzegi rany, za pomocą wypukiwania i wymacywania starałem się wyznaleźć miejsce wolne od przyklejonych od spodu pętlic kiszkowych. Miejsce takie znalazłem w dolnej części rany i tu zrobiłem nakłucie próbne. Wyciągnąłem odrazu całą szprycę mocno cuchnącej ropy. Naciąłem więc otrzewną i wypuściłem około pół kwarty płynu posokowatego. Potem wprowadziłem palec do jamy ropnia i rozszerzyłem otwór w otrzewnej ku górze i ku dołowi. Zbyt wiele nie mogłem rozszerzyć otworu, ponieważ stwierdziłem, wymacując palcem, że u góry leży przyklejona do przedniej ściany brzusznej pętlica kiszki, u dołu zaś zachodziła obawa zranienia pęcherza. Długość szpary w otrzewnej wynosiła około 10 ctm. Jamę ropnia przepłukalem obficie roztworem kwasu bornego i wypełniłem pasami gazy jodoformowej.

Bezpośrednio po operacyi i nazajutrz stan chorej był zadawalający; bóle stosunkowo niewielkie, wymioty niezbyt częste, ciepłota poniżej 38, przytomność zachowana. Ku wieczorowi jednak dnia 17 Kwietnia, pomimo nizkiej temperatury chora, zaczęła bredzić; w nocy nie spała.

Dnia 18-go Kwietnia przez cały dzień niepokój i podniecenie nerwowe. Wydzielina z rany bardzo obfita i cuchnąca, wskutek czego zmieniono powierzchowną warstwę opatrunku. Ciepłota rano 37,2 w południe 38, wieczorem 37,5, tętno 104; w nocy bredzenie.

Dnia 19 Kwietnia doniesiono mi: „temperatura wysoka, wydzielina z rany bardzo obfita i cuchnąca; bredzenie wzmaga się". Wyjechałem dnia 20 Kwietnia i po przybyciu na miejsce znalazłem stan następujący: chora zupełnie nieprzytomna, podniecona, ciągle mówi rzeczy bez związku, rzuca się na łóżku, bije osoby otaczające, nie spała od kilkunastn godzin ani chwili; ciepłota około 39, tętno 100; opatrunek przesiąknięty ropą cuchnącą, którą czuć w całym pokoju.

Zmieniając opatrunek zrana d. 21 Kwietnia, zauważyłem, że w górnej części rany, gdzie cięcie dochodziło li tylko do otrzewnej, w jednem miejscu przesącza się ropa przez mały otwór.

Do otworu tego wprowadziłem zgłębnik i przekonałem się, że wchodzi on głęboko ku górze. Rozciąłem więc otrzewną na długości około 8 ctm. i wymacując palcem, stwierdziłem obecność jamy, której wierzchołek znajdował się pod prawym płatem wątroby. Z jamy wybuchnęła ropa cuchnąca w znacznej ilości. Tym sposobem miałem obecnie dwie jamy: jedną prowadzącą ku dołowi i ku wewnątrz, w kierunku zagłębienia Douglasa, drugą—ku górze i ku zewnątrz, pod prawy płat wątroby. Pomiędzy obu temi jamami, w środkowej części rany, leżała pętlica kiszki, przyklejonej do przedniej ściany brzusznej. Obie jamy przepłukałem obficie roztworem kwasu bornego i zapchałem pasami gazy zmoczonej w roztworze sublimatu, a nawierzch założyłem opatrunek wilgotny z ceratką.

Mając na względzie ciężki stan chorej, a nie mogąc dłużej pozostawać na miejscu, zaproponawałem przewiezienie chorej do Warszawy, na co mąż zgodził się chętnie. W czasie kilkunastogodzinnej podróży chora bezustannie bredziła, nie śpiąc ani chwili, tętno było około 100, ciepłoty nie mierzono.

Dnia 22 Kwietnia, po przybyciu do Warszawy, zmieniając opatrunek, znalazłem, że cała powierzchnia rany jest szara, pokryta płatkami tkanki zgorzelinowej; pasy gazy były przepojone cuchnącą wydzieliną; ciepłota wieczorem 38,2 tętno 120, stan manjakalny.

Dnia 23 Kwietnia przy zmianie opatrunku otworzyłem kilka drobnych ropni, usadowionych pomiędzy ścianą brzuszną a odsłoniętą pętlicą kiszki; stan manjakalny bez zmiany; ciepłota rano 37,6, wieczorem 38,4, tętno około 130.

Dnia 24 Kwietnia przy zmianie opatrunku zauważyłem niewyraźne stwardnienie z lewej strony w dolnej części brzucha. Ciepłota w dniu tym spadła do 36,8, lecz ku wieczorowi zaczęła się podnosić i zrana dnia 25 Kwietnia dosięgła 38,8. Tętno około 130, drobne. Chora nie odzyskała przytomności ani na chwilę.

Ze względu na bardzo ciężki stan chorej zaproponowałem naradę, w której raczyli wziąć udział prof. Kosiński i kol. Sawicki.

Narada, która się odbyła d. 25 Kwietnia po południu, doprowadziła do wniosku, że stwardnienie, wyczuwalne z lewej strony zarówno przez powłoki brzuszne jak i przez pochwę, jest prawdopodobnie pozostałością sprawy zapalnej okołomacicznej i jako takie nie wymaga wdania się czynnego.

Wobec rozpaczliwego stanu chorej, nazajutrz t. j. dnia 26 Kwietnia, przy łaskawej pomocy kol. Sawickiego, wykonałem nakłucie próbne w miejscu stwardnienia i wyciągnąłem całą szprycę mocno cuchnącej ropy. Natychmiast zrobiłem w tem miejscu nacięcie ściany brzusznej długości około 12 ctm. i otworzyłem jamę wielkości jaja gęsiego, napełnioną ropą. Nacięcie to wykonałem bez chloroformu; chora była tak nieprzytomna, że niczem nie zdradzała uczucia bólu.

Bezpośrednio po operacyi ciepłota spadła do 35,8, potem stopniowo zaczęła się podnosić i następnego dnia ku wieczorowi dosięgła 38,5, tętno jednak stało się znacznie wolniejsze.

Nie chcąc nużyć czytelnika szczegółowym opisem dalszego przebiegu choroby, zaznaczę, iż od chwili nacięcia z lewej strony brzucha stan chorej zwolna zaczął się poprawiać. W ciągu dwóch tygodni chora odzyskała przytomność, zjawił się sen i apetyt, rany oczyściły się i pokryły ładną ziarniną. Opatrunki ze względu na obfitą wydzielinę robiłem codziennie.

W połowie Maja nastąpiło nowe powikłanie bardzo nieprzyjemnej natury. Mianowicie, pewnego razu zauważyłem podczas opatrunku, że w ścianie odsłoniętej pętlicy kiszkowej wytworzył się otwór wielkości ziarnka grochu. W ciągu dni następnych w sąsiedztwie tego otworu zjawiło kilka innych mniejszych. Otwory połączyły się z sobą i tym sposobim powstał brak w ścianie kiszki

przepuszczający z łatwością dwa palce. Zawartość kiszkowa wydobywała się przez ten odbyt sztuczny nazewnątrz.

Pomimo postępującej poprawy w ogólnym stanie chorej, ciepłota nie powracała do normy. W ciągu Maja wahała się ona pomiędzy 37 z dziesiątemi zrana, a 38 z dziesiątemi wieczorem; kilka razy dosięgła nawet 39. Wydzielina z otworu, prowadzącego do zagłębienia Douglasa, stale była nader obfita i cuchnąca, jama zmniejszała się bardzo powoli.

Przypisując podwyższenie ciepłoty niedostatecznemu opróżnianiu się jamy, zacząłem myśleć o zrobieniu przeciw-otworu (kontrapertury) w tylnem sklepieniu pochwy, w celu przedrenowania jamy ku dołowi. Do wykonania tego zabiegu ostatecznie skłoniła mnie ta okoliczność, że w czasie przepłukiwania jamy, w tylnem sklepieniu pochwy tworzyło się znaczne wypuklenie, które znikało natychmiast po usunięciu kanki z otworu prowadzącego do jamy. Wywnioskowałem ztąd, że jama u dołu ma kolbowate rozszerzenie, które łączy się z otworem skórnym za pomocą względnie wąskiego kanału.

Nacięcie w tylnem sklepieniu pochwy wykonałem dnia 1-go Czerwca przy łaskawej pomocy kol. Krajewskiego. Po napełnieniu jamy roztworem kwasu bornego, rozszerzyłem pochwę wziernikami łyżkowatymi, uniosłem część pochwową ku górze i naprzód zrobiłem nakłucie próbne w tylnem sklepieniu pochwy. Przekonawszy się, że trafiłem igłą do jamy, w miejscu nakłucia naciąłem ścianę pochwy poprzecznie, a tkankę przymaciczną i otrzewnę przebiłem na tępo długiemi szczypczykami. Potem wprowadziłem palec do jamy i na dnie zagłębienia Douglasa znalazłem dwa kamyki kałowe, które wydobyłem na zewnątrz. Przez jamę przeciągnąłem pas gazy jodoformowej. Operacya odbyła się bez chloroformu.

Po tym zabiegu ciepłota kilka razy jeszcze w ciągu dni 12 podniosła się powyżej 38. Od dnia 13-go Czerwca stała się normalną.

Od tego czasu rozpoczął się okres istotnego zdrowienia. Powoli lecz stale chorej przybywało na siłach i na wadze. W końcu Czerwca chora zaczęła chodzić po pokoju, a w końcu Lipca mogła bez zmęczenia odbywać dłuższe przechadzki.

Rany tymczasem podgajały się zwolna: naprzód zabliźniła się jama prowadząca ku górze pod prawy płat wątroby, potem zagoiła się rana z lewej strony brzucha. W połowie Sierpnia pozostał jedynie kanał, prowadzący do zagłębienia Douglasa i otwarty u dołu w tylnem sklepieniu pochwy, tudzież odbyt sztuczny, który obgajał się powoli. Ten ostatni sprawiał chorej najwięcej przykrości. Pomimo stałego podawania makowca w dużych stosunkowo dawkach (po 1/2 grana 3 razy dziennie w połączeniu z tanalbiną lub bismutem), przez odbyt sztuczny stale wydzielał się kał płynny w znacznej ilości. Bardzo rzadko chora miewała wypróżnienia drogą naturalną. Ponieważ byłem prawie pewny, że odsłonięty odcinek kiszki był pętlicą kiszki grubej, to uporczywe „rozwol-

nienie" było dla mnie poniekąd rzeczą zagadkową. Depiero z chwilą, gdy zaprzestałem przeciągać pas gazy przez kanał wspomniany i gdy otwór w pochwie zabliznił się po upływie dni kilku, sprawa wyjaśniła się należycie. Podczas przestrzykiwania kanału zauważyłem, że płyn nastrzyknięty wypływa strumieniem przez odbyt sztuczny. Rzecz oczywista, że wgłębi kanału istniał drugi otwór w ścianie kiszki, przez który płyn dostawał się do światła kiszki, a ztąd przez odbyt sztuczny wypływał nazewnątrz. To przedostawanie się płynu do kiszki było właśnie przyczyną owego zagadkowego rozwolnienia.

Pamiętając o kamykach kałowych, znalezionych na dnie zagłębienia Douglasa, przyszedłem do wniosku, że ten drugi otwór prawdopodobnie jest umiejscowiony w wyrostku robaczkowym w pobliżu jego podstawy.

W ciągu trzech miesięcy, licząc od czasu gdy chora przestała gorączkować, stan jej o tyle się poprawił, że przy końcu Września można było pomyśleć o zamknięciu odbytu sztucznego i doszczętnem usunięciu przedziurawionego wyrostka robaczkowego.

Operację tę wykonaiiśmy wspólnie z kol. Krajewskim w dniu 26-ym Września według następującego planu: Przedewszystkiem zrobiono cięcie przez całą grubość ściany brzusznej równolegle od blizny z prawej strony brzucha, w odległości 3 ctm. ku wewnątrz od tej blizny. Do tego cięcia, przebiegającego w kierunku ukośnym, dodano drugie cięcie prostopadłe, które biegło od środka cięcia ukośnego do brzegu odbytu sztucznego. W jamie brzusznej znaleziono nadspodziewanie mało zrostów. Oddzielenie brzegów odbytu sztucznego nie nastręczało żadnych zgoła trudności. Dość łatwo również udało się wydobyć całą kiszkę ślepą wraz z częścią wyrostka robaczkowego długości $1^1/_2$ ctm. Druga część wyrostka, długości około $2^1/_2$ ctm., pozostała przyklejona do dolnej powierzchni krezki kiszki cienkiej tuż przy jej wpadnięciu do kątnicy. Tę ostanią część wyrostka oddzielono na tępo, część zaś połączoną z kiszką ślepą odcięto i w miejscu przyczepu wyrostka robaczkowego zeszyto ścianę kiszki szwem ciągłym jedwabnym dwupiętrowym. Takim samym szwem połączono również brzegi tego otworu w kiszce ślepej; który stanowił odbyt sztuczny. Potem kiszkę ślepą odprowadzono do jamy brzusznej, zeszyto szeregiem szwów węzełkowych jedwabnych; u dołu tylko pozostawiono szparę, przez którą w kierunku zagłębienia Douglasa wprowadzono worek Mikulicza.

Okres pooperacyjny przebiegał prawidłowo, bez podniesienia ciepłoty. W chwili obecnej chora jest bardzo blizką ostatecznego wyzdrowienia.

W tej przydługiej nieco historyi choroby chciałbym podkreślić kilka szczegółów, które, mojem zdaniem, zasługują na uwagę.

Przypadek, jak to widać z powyższego opisu, może być zaliczony do kategoryi postępującego zapalenia ropnego otrzewnej

(*peritonitis progrediens*) wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Wywiady wskazują, że chora przebyła już poprzednio dwa napady zapalenia wyrostka, które przebiegły stosunkowo łagodnie. Rodzi się pytanie, dlaczego w trzecim napadzie sprawa zapalna wzięła tak niepożądany obrót?

Niezaprzeczenie za główną przyczynę ciężkości trzeciego napadu uważać należy przedziurawienie wyrostka robaczkowego, do którego w poprzednich napadach nie doszło. Lecz obok tej przyczyny zasadniczej, w rozwoju postępującego, a raczej wieloogniskowego, zapalenia ropnego otrzewnej, bezwątpienia, poważną odegrało rolę nadużycie środków przeczyszczających. Pod wpływem wzmożonego ruchu robaczkowego kiszek zarazki zostały niejako rozsiane w jamie brzusznej i tylko dzięki odporności organizmu wywołały ropienie wieloogniskowe, nie zaś ogólne zapalenie otrzewnej.

Leczenie postępującego zapalenia otrzewnej nie należy do zadań łatwych w chirurgii. Wynalezienie i otwarcie poszczególnych ropni, umiejscowionych częstokroć w znacznej odległości od ogniska pierwotnego, nigdy nie może być uskutecznione za jednym razem. Ponieważ ropnie ujawniają się kolejno, po kolei też należy je otwierać; takie zaś, że tak powiem, rozkładanie operacyi na raty—w najwyższym stopniu wyczerpuje cierpliwość i siły chorego, który, bez przesady mówiąc, przez pewien przeciąg czasu waha się pomiędzy życiem a śmiercią!

Obowiązkiem chirurga w tych ciężkich przypadkach jest *jak można najwcześniej* wynaleźć i otworzyć każdy zosobna ropień. Wobec szybkich postępów choroby opóźnienie kilkudniowe często decyduje o życiu chorego. Ponieważ przeoczenie istniejącego ropnia poczytywane jest, słusznie poniekąd, za winę chirurgowi, musi on przeto pilnie baczyć na przebieg sprawy chorobowej, starannie i często badać chorego, a znalazłszy podejrzane stwardnienie w brzuchu, winien użyć wszelkich środków rozpoznawczych w celu wyświetlenia natury tego stwardnienia. Powodując się względami powyższymi, nie wahałem się zastosować w swoim przypadku nakłucia próbnego.

O wartości nakłucia próbnego w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego wypowiadano zdania różnorodne, poniekąd wprost sprzeczne. Jedni, przypisując nakłuciu poważne znaczenie rozpoznawcze i uważając nakłucie za zabieg zgoła niewinny, stosują punkcyę *larga manu*, w każdym niemal przypadku. Inni natomiast—poczytują nakłucie próbne za zabieg niebezpieczny,

w większości przypadków niepotrzebny i z tego powodu unikają go wszelkiemi siłami. Zwolennicy nakłucia próbnego na poparcie swego poglądu przytaczają cały szereg dokonanych przez siebie punkcyi bez żadnej zgoła szkody dla chorego. Przeciwnicy tego zabiegu powołują się na poszczególne przypadki, w których nakłucie próbne sprowadziło zejście śmiertelne, tudzież wystawiają dowody teoretyczne, którym słuszności odmówić nie można.

Według mojego zdania, nakłucie próbne nie jest całkowicie pozbawione niebezpieczeństwa, lecz w pewnych razach jest ono środkiem, niczem nie dającym się zastąpić. Odrazu kładzie ono kres wątpliwościom, których na innej drodze rozstrzygnąć niepodobna. Dowodem mój przypadek. Gdyby nie nakłucie, napewno byłbym się nie zdecydował dość wcześnie na wykonanie nacięcia z lewej strony brzucha, tego nacięcia, które, jak widać z historyi choroby, stanowczo przeważyło szalę na stronę wyzdrowienia.

Chcąc ominąć niebezpieczeństwo, połączone z nakłuciem próbnem, staram się zawsze wykonywać je bezpośrednio przed zamierzoną operacyą. Robię więc nakłucie, o ile mogę, już na stole operacyjnym po odpowiedniem przygotowaniu chorego, a wydostawszy ropę, odrazu przystępuję do nacięcia.

Za pomocą nakłucia próbnego nie tylko możemy stwierdzić obecność ropy w przypadkach wątpliwych, lecz nadto możemy wynaleźć miejsce, w którem ropień bezpośrednio dotyka przedniej ściany brzusznej. W tym celu stosuję nakłucie próbne w każdym przypadku, w którym podejrzewam, że w linii zamierzonego cięcia pętlice kiszek mogą być przyklejone od spodu. Postępuję przytem w sposób następujący: naprzód nacinam ścianę brzuszną warstwami li tylko do otrzewnej; następnie rozszerzam brzegi rany i za pomocą wypukiwania oraz wymacywania palcem staram się wynaleźć miejsce wolne od przyklejonych pętlic kiszkowych. W miejscu tem robię nakłucie, a nie znalazłszy płytko ropy, robię je w innem miejscu i powtarzam dopóty, dopóki nie znajdę ropy tuż pod otrzewną. Tym sposobem unikam skaleczeczenia przyklejonych pętlic kiszkowych, jakoteż rozklejenia zrostów ochronnych.

Nazywając na wstępie przypadek opisany przypadkiem o niezwykle ciężkim przebiegu, miałem na myśli nie tylko groźne objawy w początku choroby, które w tej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego należą niejako do programu, lecz i późniejsze powikłania, które wymagały dodatkowych zabiegów operacyjnych. Do powikłań tych zaliczam: wytworzenie się kolbowatego rozsze-

rzania na dnie jamy, prowadzącej do zagłębienia Douglasa, i samoistne przedziurawienie się odsłoniętej pętlicy kiszkowej,

Jama po otwarciu ropnia okołowyrostkowego, ściągając się stopniowo, w większości przypadków zabliżnia się po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu. Szybkość zabliźniania się jamy znajduje się w zależności nie tylko od jej rozmiarów, lecz również od umiejscowienia ropnia i wielkości dziury w wyrostku.

Wiadomo, że ropnie okołowyrostkowe umiejscawiają się w rozmaitych okolicach brzucha—stosownie do położenia wyrostka. W naszym przypadku ropień pierwotny, jak się zdaje, powstał w zagłębieniu Douglasa. Przemawia za tem ta okoliczność, że, badając chorą po raz pierwszy, przez powłoki brzuszne nigdzie nie mogłem wyczuć wyraźnego stwardnienia, a natomiast przez pochwę i odbytnicę wyczuwałem ciało podobne do macicy tyłopochylonej. Powiększając się stopniowo, ropień ten podnosił się ku górze i nareszcie tak zbliżył się do przedniej ściany brzucha po stronie prawej, że łatwo można było dotrzeć doń nożem.

Po otwarciu tego ropnia pozostała jama obszerna i tak głęboka, że w żaden sposób nie mogłem dna jej palcem dosięgnąć. Ponieważ otwór, prowadzący do jamy, był położony u góry, warunki przeto zagojenia tej jamy nie były zbyt pomyślne. Na dnie jamy, pomimo codziennych przepłukiwań, stale gromadziła się ropa w znacznej ilości. Zastój zaś ropy nie tylko przeszkadzał żabliźnianiu się jamy, lecz i powodował stałe podniesienie ciepłoty. W danych warunkach wytworzenie przeciwotworu w pochwie narzucało się samo przez się.

Badając dno jamy palcem po zrobieniu przeciwotworu, przekonałem się dowodnie o niezbędności dokonanego zabiegu. Znalazłem bowiem na dnie jamy dwa spore kamyki kałowe, o których istnieniu nie wiedziałem. Kamyki te, jako drażniące ciała obce, były powodem obfitego ropienia a zarazem przeszkodą do ściągania się jamy.

Obecność kamyków w jamie ropnia dowodziła nadto, że wyrostek uległ przedziurawieniu, a spore ich wymiary wskazywały, że dziura w wyrostku nie jest zbyt mała. Nie spodziewałem się przeto, by mogło nastąpić samoistne zabliźnienie się dziury w wyrostku. Tem jednak nie kłopotałem się zbytnio. Chora miała przecież odbyt sztuczny, który wcześniej lub później należało zamknąć. Postanowiłem więc za jednym zachodem zaszyć odbyt sztuczny i wyciąć wyrostek przedziurawiony. Zamierzoną opera-

cyę starałem się odwlec, jak można najdłużej, aby pozrastane pętlice kiszek miały czas się porozklejać.

Jakoż istotnie, podczas operacyi znaleźliśmy bardzo mało zrostów w jamie brzusznej. Wobec tego operacya zamknięcia odbytu sztucznego i wycięcia przedziurawionego wyrostka była stosunkowo łatwa i została uwieńczona skutkiem pomyślnym.

Warszawa dnia 22 Października 1900 roku.

# Spostrzeżenia z praktyki.

## O leczeniu błonicy płonicowej (diphteria scarlatinosa) podług Heubner'a.

Podał Dr. **Adam Wrzosek** (z Tarnowa).

W pierwszym zeszycie „Odczytów klinicznych" pojawiła się praca prof. Heubnera (w przekładzie d-ra Dunina) o leczeniu błonicy płonicowej. Czy wywołała ona szersze zainteresowanie się w kołach naszych lekarzy—nie wiem. O ile jednak osobiście mogłem zauważyć, nasi lekarze prowincyonalni, a zwłaszcza wiejscy, nie stosują tej metody leczenia. Metoda ta, na pozór dość skomplikowana, jest jednak w rzeczywistości do tego stopnia prostą, iż łatwo ją można stosować nawet w tak niedogodnych warunkach, jakie praktyka lekarska na wsi przedstawia.

Wychodząc z założenia, że ani przepłukiwanie gardzieli, ani pędzlowanie roztworami kwasu karbolowego, kwasu salicylowego lub t. p. srodkami nie niszczy zarazka błonicy szkarlatynowej (ponieważ badania drobnowidzowe wykazały, iż paciorkowce znajdują się nietylko w nalotach, lecz i wewnątrz migdałów w szparkach limfatycznych), proponuje Heubner następujący sposób leczenia błonicy płonicowej: Od pierwszych zaraz objawów błonicy płonicowej wstrzykiwać 3%—5%-wy roztwór kwasu karbolowego do migdałów, resp. do przedniego łuku podniebiennego. Wstrzykuje się jedną strzykawkę Pravaz'a w jeden z migdałów, lub po pół do każdego, jeśli na obydwóch migdałach są naloty. Wstrzykiwać należy dwa razy dziennie dopóty, dopóki gorączka nie spadnie i nabrzmiałe gruzoły niec zmniejszą się.

Wstrzykiwania te nie są zbyt bolesne i nie napotykają ze strony dzieci na większy opór, jak np. proste pędzlowanie

gardzieli. Starsze dzieci przy powtórnych wstrzykiwaniach nie stawiają nawet żadnego oporu. Przy wstrzykiwaniu trzeba głowę dziecka unieruchomić. W tym celu należy, aby matka lub ktoś inny, trzymając na kolanach dziecko zawinięte z rączkami w kołdrę, jedną ręką przyciskał do siebie tułów dziecka, a drugą przyciskał za czoło główkę dziecka do swoich piersi. Po takiem przygotowaniu wprowadza Heubner wskazujący palec lewej ręki do ust dziecka, zlekka przyciska język ku dołowi i wstrzykuje szybko roztwór kwasu karbolowego w jeden migdał, następnie w drugi lub w przedni łuk podniebienny. Specyalną cewkę strzykawki prowadzi on wzdłuż lewego wskazującego palca. Całą tę manipulacyę wykonywuje Heubner z błyskawiczną szybkością, o czem miałem sposobność naocznie się przekonać. Dla niewprawnych jednak, zdaniem mojem, daleko jest wygodniej łyżeczką trzymaną w lewej ręce, przyciskać ku dołowi język dziecka, jak przy oglądaniu gardzieli, aby widzieć dokładnie migdały i okolice sąsiednie, a prawą wstrzykiwać roztwór kwasu karbolowego za pomocą strzykawki Pravaz'a, na którą nakłada się specyalna cewka, długości 10 cm. Koniec cewki przedni, długości ½ cm., jest oddzielony od reszty cewki za pomocą metalowego wałeczka. Tym sposobem nie możemy cewki głębiej wsadzić do migdała, jak na pół cm.

Jedna jest okoliczność niedogodna w tym sposobie leczenia, że wstrzykiwanie trzeba uskuteczniać aż dwa razy dziennie. Łatwo zadosyćuczynić temu przy leczeniu w szpitalu, ale trudniej w praktyce prywatnej, zwłaszcza wiejskiej, gdy nieraz ma się chorych w odległych wioskach. W takich razach trzeba się ograniczyć do jednokrotnego wstrzykiwania dziennie, które, jak się przekonałem, także może mieć dodatni wpływ na przebieg choroby.

Dla przykładu podaje niżej dwa przypadki błonicy płonicowej, które leczyłem metodą Heubnera.

I. Dnia 23/VI. 1899 zostałem zawezwany do chorej 3½ letniej Stanisławy K., córki górnika, Dowiedziałem się, że od dwóch tygodni jest ona chora na płonicę (co potwierdza też obecność wysypki płonicowej u młodszej jej siostry), a od tygodnia ma naloty w gardzieli. Przy badaniu znalazłem: migdały pokryte grubym nalotem; w dolnym płacie lewego płuca rzężenia trzeszczące; szmer rozkurczowy przy wysłuchiwaniu wierzchołka serca. Wysypki już nie było. Ciepłota 39,9°. Wstrzyknąłem w oba migdały po ½ strzykawki 4%-go roztworu kwasu karbolowego. Dalszy przebieg choroby tak się przedstawia:

24./VI. T. 39,5°. W gardzieli zmian niema. W dolnym płacie lewego płuca rzężenia trzeszczące i dźwięczne. Szmer rozkurczony jak poprzednio. Trwał on przez cały czas leczenia i pozostał po leczeniu. Wstrzykiwanie roztworu kwasu karbolowego, jak dnia poprzedniego. 25./VI. T. 39,7°. W gardzieli zmian niema. Wstrzykiwanie roztworu kw. karbolowego. 27./VI. T. 38,9°. 30./VI. T. 39,0°. Naloty na migdałach mniejsze. Rozwolnienie. Skóra

łuszczy się. 3./VII. T. 38,8°. Naloty na migdałach przy przepłukiwaniu gardła oddzielają się platkami, przyczem czasem miejsca, z których się oddzieliły naloty, krwawią. Rzężenia wilgotne w dolnych płatach obu płuc. Oddych bardzo słaby. Rozwolnienie. Wypływ z prawego ucha. 6./VII. T. 39,1°. Naloty mniejsze. Otorrhoea dextra. 12./VII. T. 37,0°. W gardzieli na lewym migdale nalotu już niema, na prawym jest jeszcze wielkości 15 kopiejkowej monety. Na lewym migdale defectus substantiae. 15./VII. Nalotów już wcale niema. T, 37,9°. 24./VII. T. 37,0°.

Ostatnio widziałem Stan. K. 22./VIII. Wyglądała bardzo dobrze. Ciepłota normalna. W płucach nic nienormalnego. Biegunki niema, również wycieku z ucha. W sercu szmer rozkurczowy.

Z danego przypadku trudno wysnuć dokładny wniosek, o ile leczenie metodą Heubner'a wpłynęło dodatnio na przebieg choroby. To jedno można jednak stwierdzić, że gorączka zaraz po pierwszym wstrzyknięciu zmniejszyła się i nigdy już później nie doszła do poprzedniej wysokości (39,9°). Zresztą, przy powikłaniach ze strony płuc, serca, przewodu pokarmowego i ucha, gorączki nie można kłaść jedynie na karb błonicy płonicowej. Godnym zaznaczenia jest także fakt, że po wstrzykiwaniach naloty też nie zwiększały, a po kilku dniach zaczęły się zmniejszać.

II. Bronisława K.; ma rok i 3 miesiące. 23./VI. T. 39,3°. Na ciele wysypka płonicowa. Na prawym migdale nalot. Wstrzyknąłem całą strzykawkę, do prawego migdału, 4% roztworu kw. karbolowego. 24./VI. T. 38,8°. Nalot na obydwóch migdałach. W obydwa migdały wstrzyknął po pół strzykawki roztw. kw. karbolowego kol. St. Piekarski w mojej obecności. 25./VI. T. 39,5°. Wstrzyknąłem rozt. kw. karbolowego w oba migdały po ½ strzykawki. 27./VI. T. 39,0°. Naloty mniejsze. 30./VI. T. 38,4°. W gardzieli, jak wczoraj. Otorrhoea dextra. 2./VII. T. 37,8°. W gardzieli już tylko ślady nalotów. Otorrhoea dextra. 6./VII. T. 37,0°. Otorrhoea dextra. Nalotów niema prawie. 12./VII. T. 37,3°. W płucach rzężenia dźwięczne, kaszel. Na lewym migdale nalot wielkości ziarnka grochu. 15./VII. T. 36,8°. Lewy staw napięstkowy cokolwiek spuchnięty, bolesny, lecz ruchomy. Przed paru dniami był podobno więcej spuchnięty. Rzężenia dźwięczne w płucach. Wypływ z prawego ucha; w gardzieli żadnych zmian. 24./VII. Status idem. 22./VIII. Sanatio.

W danym przypadku widzimy, że pierwsze wstrzyknięcie nie wpłynęło na obniżenie gorączki i nie przeszkodziło pojawieniu się nalotu na drugim migdale. Po trzykrotnem jednak wstrzyknięciu gorączka opada i naloty zmniejszają się do tego stopnia, że po tygodniu pozostały jeszcze tylko ich ślady.

Przytoczone wyżej dwa przypadki nie mogą bezwzględnie przemawiać za metodą Heubnera. Żeby wydać sąd osobisty o tej metodzie, trzeba rozporządzać dużym materyałem. Podając te

dwa przypadki z mej praktyki, miałem jedynie na celu wykazać, że ten sposób leczenia błonicy płonicowej można z dodatnim skutkiem stosować nawet w praktyce wiejskiej. Za metodą prof. Heubner'a przemawia wszakże długoletnie jego doświadczenie w berlińskiej klinice chorób dziecięcych.

# Przytułki dla rekonwalescentów.

Komisya wyznaczona przez wydział hygjeny szpitali i przytułków Tow. Hyg. Warszawskiego do skreślenia programu zajęć tego wydziału wymienia[1]) następujące urządzenia; ambulatorya; pogotowie ratunkowe; pomoc chorym leczonym we własnem mieszkaniu; szpitale ogólne; przytułki położnicze; szpitale dla chorych zakaźnych; szpitale dla chorych przewlekłych; uzdrowiska dla suc otników; uzdrowiska dla chorych na jaglicę; zakłady i kolonje dla chorych umysłowych; przytułki dla kalek i niedołęgów; specyalne zakłady — różnego typu — dla dzieci.

Ze zdziwienien spostrzegamy tu zupełne pominięcie przytułków dla zdrowiejących (rekonwalescentów).

Jeśli bowiem mówimy o brakach naszego szpitalnictwa i mamy o nich radzić, nie wolno zapominać o specyalnej opiece nad zdrowiejącymi.

„U ludzi ubogich nie jest rzadkiem zjawiskiem długotrwała rekonwalescencya, kończąca się śmiercią lub nawrotem choroby" pisze Florence Nightingale.

Tymczasem przeludnienie szpitali zmusza do wypisywania chorych w chwili, gdy się zakończyły właściwe objawy chorobowe.

Ale nawet pozostawienie zdrowiejących w dusznych i przepełnionych izbach szpitali miejskich nie może rościć pretensyi do leczenia rekonwalescencyi, z różnych powodów.

Przedewszystkiem, rekonwalescenci należą do tej kategoryi cierpiących, którzy wymagają leczenia metodą hygieniczno-dyetetyczną. W szpitalach jednak, ani powietrze, ani odżywianie, ani wpływy psychiczne nie odpowiadają wymaganiom tej metody.

Dyeta dla rekonwalescentów pochodzących z warstw ludzi pracujących fizycznie może być o wiele prostszą i tańszą, a zarazem posilniejszą, aniżeli jest nią wikt szpitalny.

Taki chory nie wymaga ani tej obsługi, ani tej liczby lekarzy, ani tych przyrządów różnych, jakie daje szpital; więc, prze-

---

[1]) Referat tej Komisyi ogłoszono w „Krytyce lekarskiej" 1900. № 9,

bywając w szpitalu, kosztuje on społeczeństwo więcej, aniżeli w specyalnym przytułku, zamiejskim.

Natomiast wymaga rekonwalescent świeżego powietrza, szerokiego horyzontu, dużo słońca — a tego mu nie da najlepszy szpital.

Dalej, wymaga taki chory większej swobody, aniżeli na to — ze względu na dobro cięższych chorych — regulamin szpitalny może pozwolić. To też gwałci on ten regulamin, szkodzi towarzyszom, ściąga na siebie niezadowolenie i, nawet wtedy, kiedy do tego brak miejsca w szpitalu nie zmusza, — albo sam się wypisuje za wcześnie, albo zostaje przez lekarza usunięty. Rekonwalescent nie może mieć w szpitalu tego apetytu, jaki jest niezbędny w okresie powrotu do zdrowia, bo tu ani jedzenia potemu nie podają, ani też widok otoczenia może sprzyjać łaknieniu. Dopóki był chory, mniej się oglądał, mniej widział, mniej spostrzeżone odczuwał. Ale na-pół zdrowy nie może obojętnie patrzeć na ten widok, jaki sala szpitalna przedstawia!

Wreszcie, rekonwalescentowi grozi w szpitalu możność nabawienia się nowej jakiejś choroby, zaraźliwej. Toż okres zdrowienia po ciężkich chorobach jest właśnie stanem wyjątkowej wrażliwości na wszelkie wpływy chorobotwórcze. W tym też okresie nieraz odzywa się jakieś śpiące oddawna w organizmie licho, najczęściej — ognisko gruźlicze, pozornie wygasłe.

Rekonwalescent musi mieć możność ruchu lub możność zażywania zupełnego spokoju, musi być odsunięty od wszystkiego co przykre, brzydkie, drażniące; musi mieć odpowiednią odzież (jakże nieodpowiednia dlań szpitalna!), rozrywkę, pokój do palenia (to załatwia obecnie w — ustępie szpitalnym), możność wykonywania jakiejś lekkiej pracy.

A wszystkie te „zbytki" mniej kosztować będą w specyalnym zamiejskim przytułku, aniżeli utrzymanie w szpitalu miejskim.

Jak dalece na tym punkcie pozostaliśmy po za innymi cywilizowanymi narodami, niech pouczą te dwa przykłady:

Niemcy mają obecnie, niezależnie od szpitali, pięćdziesiąt i kilka zakładów dla rekonwalescentów.

Anglja ma takich zakładów 330 (10,000 miejsc); spotykamy tu oddzielne zakłady dla zdrowiejących mężczyzn, kobiet, dzieci, dla zdrowiejących po specyalnych chorobach (po płonicy, błonicy), dla zdrowiejących pielęgarek; spotykamy zakłady utrzymywane przez szpitale, przez stowarzyszenia dobroczynne, przez gminy, przez oddzielnych dobroczyńców.

---

Do przytułku dla rekonwalescentów kwalifikują się w pierwszym rzędzie zdrowiejący po chorobach zakaźnych, po długotrwałych ropieniach, po operacyach, chorzy ulegli wypadkom nieszczęśliwym. Dalej kwalifikują się pewne postaci chorób przewlekłych w okresie poprawy zdrowia, mianowicie: zaburzenia odżywiania,

blednica, niedokrwistość, choroby trawienia, choroby nerwowe, — o ile były leczone w szpitalach ogólnych, a nie w szpitalnych sanatoryach dla chorych przewlekłych. Z konieczności, wreszcie, spotykać musimy w przytułkach dla rekonwalescentów i — gruźliczych, ponieważ w tym okresie nie zbyt rzadko następuje nawrót przedtem ujawnionej lub do tej chwili zupełnie skrytej gruźlicy.

Z przytułku dla rekonwalescentów zupełnie są wykluczeni: syfilitycy, alkoholicy, chorzy wzbudzający odrazę (np. skórni).

*S.*

# Towarzystwa Lekarskie.

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 2. Listopada 1900 roku.

1) Kol. A. Landau przedstawił 11 letniego chłopca, u którego w różnych miejscach symetrycznie są usadowione wyrośle kostne (exostoses). Pierwsze wyrośle ukazały się przed 6 laty na udach, ale z biegiem czasu powoli zaczęły się zmniejszać.

Dyskusya. Kol. Lohrer wspomina, że przed kilku laty pokazał chorego z 7 wyroślami kostnemi.

2) Kol. Saks demonstruje chorą dotkniętą rzadkiem w naszym kraju cierpieniem, mianowicie rozmiękczeniem kości (osteomalacia) Cypra J., 32 lat lat licząca, przed kilku dniami zwróciła się do S., skarżąc się na niemożność spółkowania wskutek zachodzenia, jak się wyrażała, na dole jednej kości na drugą. Chora, zamieszkała na wsi pow. Koneckiego, w dzieciństwie żadnych poważnych chorób jakoby nie przechodziła; w 2 roku życia zaczęła chodzić, w 18 roku zaczęła miesiączkować i w tym samym roku wyszła za mąż. Po roku odbyła poród dobrowolny, względnie lekko, jak na pierwszorodzącą (słowa chorej): dziecię żywe. W $1^1/_2$ roku zaszła powtórnie; podczas drugiej ciąży dolegały jej bóle w ręku i nogach, od czasu do czasu zniewalające chorą do leżenia w łóżku. Poród drugi i okres popołogowy przebiegły również dobrze, jak za pierwszym razem. Po drugim porodzie bóle dość silne w rozmaitych częściach ciała trwały w dalszym ciągu. Lekarze uznali cierpienie za gośćcowe i skierowali chorą do Solca, skąd wróciła z nieznaczną poprawą; leczenie w roku następnym w Busku przyniosło również nieznaczną poprawę. Do ostatniego czasu chora spółkowała, od 9 miesięcy dopiero mąż

napotykał coraz większe przeszkody w narządach płciowych, aż nakoniec od kilku miesięcy stosunek stał się zupełnie niemożliwym. Chora, uprzednio średniego wzrostu i dobrej budowy, przedstawia się teraz jako osoba drobniutka (wysokość 126 ctm.), wątłej budowy; od 3 lat staje się coraz niższą; według słów chorej jest ona conajmniej o głowę niższą niż dawniej. Chora na żadne bóle się teraz nie skarży, miesiączkuje prawidłowo, odczuwa częste potrzeby oddawania moczu; wypróżnienia prawidłowe. Mięśnie na całem ciele b. słabo rozwinięte (pewien stopień zaniku), brzuch duży, wystający (venter propendens), co zależnem jest od prawie zupełnego zbliżenia się żeber do kości biodrowych (z tyłu żebra w zupełności przylegają do kości miednicy). Ruchy w biodrach ograniczone; chora nie może swobodnie odprawadzać nóg w stawie biodrowym; chód kaczkowaty. W sercu, płucach, nie udaje się wykryć szczególnych zboczeń. Najwybitniejsze zmiany znajdują się w kośćcu miednicy. Pochwa jest rozdzielona częściami zstępującemi kości łonowych, które prawie zeszły się na granicy z kością siedzeniową (os ischii), na dwa niejako piętra; górne, dokąd z trudnością tylko udaje się wprowadzić palec, i dolne, łatwiej przepuszczające palec. Na $3^1/_2$ ctm. poza wejściem do sromu wyczuwa się kość krzyżowa opuszczoną i zbliżoną w tak znacznym stopniu pagórkiem krzyżowym (promontorium) do spojenia łonowego, wyciągniętego w postaci nieznacznego dzióbka (rostrum), że sprzężna ukośna (conjugata diagonalis) wynosi zaledwo 3 ctm. (sprzężna wewnętrzna = 14 ctm.); skrzydła kości krzyżowej stykają się prawie z dziurą zasłonioniona (foramen obtoratorium), przez co próżnia miednicy jest prawie zniesiona. Części pochwowej, ani pęcherza moczowego, nie udaje się wyczuć, są one zapewne odciągnięte ku jamie brzusznej. Nie wdając się w omawianie tego cierpienia, polegającego, jak wiadomo, na zaniku soli wapiennych w układzie kostnym, Saks stwierdza fakt bezwzględnego wskazania do cięcia cesarskiego na wypadek zajścia w ciążę. O niebezpieczeństwie ciąży chora zostanie uprzedzona. (Autoreferat).

3) Kol. Szayerowicz miał odczyt o patologii ucisku mózgu i przekłuciu lędźwiowem u dzieci; podał 12 spostrzeganych przez siebie odnośnych przypadków. Przedstawiwszy w krótkich zarysach etyologię ucisku, przechodzi do tej części, w której czynnikiem, wywołującym ucisk, jest mniejszy lub większy przyrost płynu mózgo-rdzeniowego i przychodzi do wniosku, że przyrost płynu mózgo-rdzeniowego przy zap. surowiczem opon mózgowych może zależeć nietylko od stanu zapalnego, ale może być też wynikiem trwającego pewien czas przekrwienia czynnego. Następnie, rozpatrzywszy krytycznie lecznicze i rozpoznawcze znaczenie przekłucia lędźwiowego, podaje rezultat osiągnięty w wiwidzianych (przeważnie w Berlnie) wypadkach i uznaje, iż w chwili obecnej można mówić o wartości przekłucia tylko dla dyagnostyki, która dzięki jemu już zyskała i wciąż zyskuje nowe punkty

oparcia, a z czasem, w miarę udoskonalenia metod badania płynu mózgo-rdzeniowego, zatrą się różnice w poglądach różnych autorów. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Stankiewicz zapytuje, ile płynu wypuszczono w przypadku Kröniga, gdzie śmierć nastąpiła w 3 minuty po przekłuciu, i dodaje, że przy kokainizacyi mlecza kręgowego wypuszcza się niewielka ilość płynu bez złych następstw. Kol. Pański odmawia przekłuciu znaczenia pod względem rozpoznawczym w przypadkach wylewu krwawego pochodzenia urazowego, chirurg bowiem, jeżeli nie sam, to przy pomocy neuropatologa, zawsze będzie mógł bez przekłucia określić miejsce krwotoku; przy ropnem zapaleniu opon otrzymany płyn, szczególnie w okresie początkowym często może być surowiczym. Z tego względu wobec złych skutków, jakie niekiedy za sobą pociąga przekłucie, jest zdania, że należy w prywatnej praktyce raczej odradzać, niż zachęcać do tego rękoczynu; wreszcie twierdzi, iż jeżeli w przypadku nowotworu, opisanym przez prelegenta, analiza wykazała 1.5 promille białka (a według słów prelegenta ilość białka w takich razach waha się w granicach 0,4—0,8⁰/₀₀) to i w tym przypadku przekłucie rozpoznawczej wartości nie miało. Kol. Likiernik zapytuje, jaki płyn otrzymuje się przy wylewach krwawych. Kolega Szayerowicz odpowiadał a) kol. Stankiewiczowi, że narazie nie przypomina sobie, ile płynu wypuszczono w przypadku Kröniga, lecz zwykle u dorosłych wypuszcza się 40—50 cent.$^3$ b) kol. Pańskiemu, iż przy krwotoku pochodzenia urazowego najczęściej trudno jest na zasadzie objawów określić miejsce wynaczynienia; że przy ropnem zapaleniu opon otrzymany płyn tylko wyjątkowo nie zawiera drobnoustrojów; że ilość białka przy nowotworach bywa rozmaita: w jednych przypadkach dochodzi 7⁰/₀₀ w innych zaś tylko 0,4—0,8⁰/₀₀. c) Kol. Likiernikowi, że przy udarze mózgowym krew bardzo często przedostaje się do komór mózgowia i dlatego otrzymany w tych przypadkach płyn mózgo-rdzeniowy zawiera krew,

4) Kol. M. Cohn pokazał preparat torbieli przyjajnikowej otrzymany u 30 letniej kobiety.

Posiedzenie z dnia 5 Grudnia 1900 roku.

1) Kol. Goldman wygłosił odczyt: O leczeniu owrzodzeń goleni metodą Schleicha (Będzie drukowane w Cz. Lek.).

Dyskusya. Kol. Birenzweig odpiera zarzuty, stawiane klejowemu opatrunkowi Unny przez prelegenta, albowiem opatrunek ten, nawet z dodatkiem 5⁰/₀—10⁰/₀ ichtjolu, nie wywołuje podrażnienia przy takich cierpieniach, jak prurigo, eczema, a nawet zabezpiecza miejsca chore od podrażnień zewnętrznych. Twierdzenie prelegenta, opierającego się na zdaniu Schleicha, że opatrunek klejowy trudno się usuwa, nie jest ścisłe, ponieważ łatwo można to uskutecznić za pomocą wody ciepłej; trzeci nakoniec zarzut, że on tamuje przeziew skórny, nie potwierdza się w praktyce. Kol. B. nie może doświadczalnie dowieść, że opatrunek klejowy nie tamuje przeziewu, stosowanie jednak przez kol. Sonnenberga przy cierpieniach wilgnących skóry nie odbijało się ujemnie na miejscu chorem, często natominst sprawiało polepszenie. Kol. Sonnenberg, w zupełności przychylając się do słów poprzednika, dodaje, że klej cynkowy, wysychając, ściąga skórę. a z nią i włosy, chwycone przez klej; zapytuje czy toż samo bywa przy cieście Scheicha. Kol. Steinberg widział dobre rezultaty leczenia owrzodzeń goleni przy pokrywaniu owrzodzeń plastrem lepkim i stosowaniu mięsienia. Kol. Rundo, przytaczajac określenie owrzodzenia, podane przez G„ pyta, czy owrzodzenie nie idzie zawsze w parze ropieniem. Kol. Goldman powiada, że w sprawie leczenia owrzodzeń za pomocą kleju cynkowego nie posiada własnego doświadczenia, a zarzuty przytoczył według Schleicha; pod względem praktycznym bardzo ważną zaletą ciasta Schleicha jest, że przed użyciem nie trzeba go ogrzewać; że pepton jest bliższym naszego ustroju, aniżeli klej, i że ciasto Schleicha schodzi wraz z opatrunkiem, nie wymaga zatem nawet zmywania ciepłą wodą. Leczeniu owrzodzeń goleni za pomocą plastra lepkiego i mięsienia nie przypisuje. doniosłości praktycznej, ponieważ ono działa powierzchownie joa przemijający

Bólu, zależnego od pociągania włosów przez ciasto nie zauważył. Owrzodzenie (ulcus) w szerokim słowa tego znaczeniu nie idzie zawsze w parze z ropieniem, które zależy od przyczyn dodatkowych. Pojęcie owrzodzenia jest bardzo rozległe i trudno je określić w sposób odpowiadający wszelkim możliwym przypadkom. Tem nie mniej, jako podstawowy warunek jego przyjąć należy przynajmniej czasową skłonność tkanek do rozpadu.

2) Kol. Ks. Jasiński odczytał uchwałę komitetu bibliotecznego, że postanowiono na rok przyszły zaprenumerować te same pisma, co w r. b. Życzenia jednego z członków, aby Tow. Lek. zaprenumerowało pismo specyalne poświęcone chorobom skórnym i wewnętrznym, komitet nie mógł dla braku funduszów uwzględnić.

3) Kol. Jonscher uprasza Towarzystwo o niezaszczycanie go w roku przyszłym godnością Prezesa, której ze względu na stan zdrowia przyjąć nie może.

4) Kol. Ks. Jasiński demonstruje preparat jajowodu i jajnika, otrzymany przy cięciu brzusznem, dokonanem z powodu krwotoku wolnego do jamy brzusznej przy ciąży jajowodowej. Wyzdrowienie.

---

## Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z dnia 20 Listopada 1900 roku.

1) Wysłuchano odczytu kol. Eisenstadt'a: „W sprawie rozpoznawania i leczenia niedrożności kiszek“. Autor zaleca przyjętą obecnie powszechnie klasyfikacyę niedrożności na: 1) Obturations-ileus (zatkanie kiszek od wewnątrz przez kał, obce ciało, nowotwór lub zzewnątrz przez nerkę ruchomą, guz jamy brzusznej i t. p.) i 2) Strangulations-ileus (zamknięcie światła przez przewężające kiszkę zrosty, również — volvulus, invaginatio); klasyfikacya ta jest praktyczna i pożyteczna ze względu na postępowanie lekarza: podczas gdy przy pierwszem można próbować rozmaitych środków wewnętrznych (opium) lub przemywania żołądka i głębokich lawatyw i dopiero przy wyraźnej ich nieskuteczności się decydować na laparatomję, przy strangulations-ileus nie należy czasu tracić na środki terapeutyczne, lecz możliwie szybko wykonać radykalną operacyę, gdyż z dniem każdym szansa wyzdrowienia się zmniejsza. Doświadczenie swoje opiera prelegent na 8 operowanych przez siebie przypadkach, z których nieszczęśliwie się zakończyły te, które zapóźno do operacyi zostały zakwalifikowane.

W ożywionej dyskusyi zarzucano prelegentowi, że przy łóżku chorego nader jest trudno się oryentować, czy mamy przed sobą pierwszą czy drugą postać niedrożności, to też wskazanie do operacyi opierać należy, po wypróbowaniu środków terapeutycznych, na ogólnym stanie chorego.

2) Kol. Gracjanow (lekarz sanitarny m. Mińska) odczytał rzecz pod tytułem: „Mińsk pod względem sanitarno-statystycznym“. Dane są wzięte ze sprawozdań „Biurą lekarsko-staty-

stycznego", funkcyunującego w Mińsku od roku. Ogólne wrażenie ze sprawozdania jet to, że Mińsk pod względem zdrowotnym nie przewyższa innych większych miast; z chorób zakaźnych najczęstszy jest tyfus brzuszny, trzymając się najbrudniejszej i najbardziej zaludnionej przez biedną ludność żydowską dzielnicy; uderza znaczna śmiertelność wśród dzieci, zwłaszcza z powodu chorób kanału pokarmowego. Śmiertelność wśród ludności żydowskiej w odsetkach jest wogóle mniejsza, niż wśród chrześcjańskiej.

Posiedzenie z dnia 14 Grudnia 1900 roku,

1) Kol. Kamiński przedstawił 15-to letnią dziewczynę z wrodzonem zwichnieniem ku górze i nazewnątrz obydwóch soczewek.

2) Kol. Janowski pokazywał zdjęcia fotograficzne: a) chorej z cystofibroma pudendi maj. przed i po operacyi; nowotwór ważył 20 funtów i sięgał w postaci worka prawie do ziemi; chora nie mogła chodzić inaczej, jak unosząc nowotwór ku górze i utrzymując go bandażami na brzuchu; b) dziecka 2-miesięcznego z olbrzymiem wodogłowiem i c) fotografję chorego z osteochondro-sarcoma dorsi.

3) Kol. Offenberg przedstawił chorą w wieku lat 22 po wyzdrowieniu od białaczki wrzekomej. Wkrótce po porodzie chora zaczęła gorączkować, przebieg ciepłoty był typu nieprawidłowego, czas jakiś gorączka miała postać hektyczną z silnymi dreszczami i obfitymi potami; istniejące od dzieciństwa obrzmiałe gruczoły chłonne na szyi, pod pachą i w pachwinie zaczęły się powiększać i doszły do wielkości jaja kurzego; po wykluczeniu wszelkich innych cierpień o podobnym przebiegu i na zasadzie badania krwi, usuwającego możliwość białaczki prawdziwej, obserwowany wypadek uważać należy za Pseudoleukaemia lymphatica acuta. Gorączka trwała miesięcy 7—8, wreszcie ustąpiła zupełnie, gruczoły się zmniejszyły i wróciły prawie do dawnego stanu i od 1½ roku chora się czuje zupełnie dobrze. W leczeniu zastosowano forsowne żywienie, arszenik do wewnątrz, w końcu Meduladen. Kol. Offenberg zwraca uwagę, że: a) choroba się rozwinęła po porodzie; b) że cierpienie sięprzyłączyło do gruczołów już poprzednio powiększonych wskutek sprawy zołzowej, c) że białaczka wrzekoma ostra ma przebieg kliniczny podobny do choroby infekcyjnej.

# REFERATY.

*F. Leppman.* **Kiedy należy uważać rozerwanie wielkich tętnic za wynik nieszczęśliwego zdarzenia.** Wielkie tętnice stale znajdują się pod znacznem ciśnieniem, które może się wzmagać i powodo-

wać pęknięcie ścian naczynia. Ciśnienia fali krwi wzmaga się przy wysiłkach i przy silnych wzruszeniach (przestrach, gniew, radość). Prócz tego, tętnice podlegają przez wpływy zewnętrzne szarpaniu (przy gwałtownych poruszeniach kręgosłupa) i wstrząsowi (przy bieganiu, skakaniu i upadku). Tętnice zdrowe — dzięki swej elastyczności (odcinek $7\frac{1}{2}$ cm. rozciąga się od 1 kilo obciążenia do $16\frac{1}{2}$ cm., a po odjęciu ciężaru kurczy się do 8,1 cm.) skutecznie opierają się skutkom wyliczonych wpływów, i przypadki np. pęknięcia zupełnie zdrowej aorty są niezmiernie rzadkie. Wzmożenie ciśnienia wewnętrznego nigdy nie bywa tu causa efficiens; peknięcie wywołują jedynie wpływy zewnętrzne. Zdrowa aorta może uledz rozerwaniu przy silnym ucisku na klatkę piersiową (przejechanie) lub przy spadnięciu z dużej wysokości. Umiejscowienie rozerwania jest zależne od miejsca urazu. Przy zmiażdżeniu klatki pier- lub upadnięciu na nogi aorta pęka w części wstępującej; przy upadnięciu na głowę rozrywa się łuk; przy uszkodzeniu kręgosłupa — mamy rozerwanie części zstępującej.

Największa ilość rozerwań aorty przypada na osobników, u których ścianki naczyń nie posiadają normalnej grubości, wytrzymałości i elastyczności. W tych razach niekiedy bywa rozerwanie nawet bez wzmożenia ciśnienia, we śnie, i te przypadki są nader trudne dla orzeczenia rzeczoznawcy.

Najważniejszą zmianą tętnic, zmniejszająca ich odporność, jest workowate rozszerzenie, tętniak aorty (prawie zawsze na części wstępującej). Ścianki takiego tętniaka nigdy nie są normalne; pod wpływem ciśnienia coraz więcej cienieją, aż, bez widocznych powodów, ulegają przerwaniu. Wielkość tętniaka nie odegrywa tu roli, prędzej niejakie znaczenie przypisać można położeniu tętniaka pomiędzy innymi narządami, które mogą dlań stanowić podporę. Z takimi tętniakami, nawet dość dużymi, ludzie mogą żyć lata, a dopiero nieszczęśliwe zdarzenie może spowodować pęknięcie i śmierć. Na sekcyi widzimy wtedy rozerwanie, lecz na zasasadzie samego wyglądu trudno orzec, czy zdarzenie jest jego przyczyną; napewno możemy zdarzenie wykluczyć, jeśli znajdujemy rozerwanie w postaci małego otworu, jakby od przekłucia szpilką.

Przy rozerwaniu aorty istnieć mogą jeszcze inne okoliczności sprzyjające. Do nich zaliczyć należy zwyrodnienia błony naczynia (stłuszczenie, zwapnienie, rozmiękczenie, zwyrodnienie szkliste, miażdżyca), wywołane przez trucizny (wyskok), choroby zakaźne (przymiot) lub zaburzenia w przemianie (wiek starczy). Takie zwyrodniałe naczynia mają zmniejszoną elastyczność, tak że 1 kilo rozciąga je z $7\frac{1}{2}$ cm. tylko do 9,9 cm., a ciśnienie słupa rtęci 20—25, a nawet 15 cm. powoduje już rozerwanie.

Przy zwyrodnieniu aorty rozerwanie może nastąpić bez wpływów zewnętrznych, jeśli ścianka skutkiem ograniczonej martwicy coraz się staje cieńszą, pod wpływem ciśnienia krwi. Jeśli ścianka nie straciła swej normalnej grubości, rozerwanie mogą wywołać: nagłe wzruszenia, wysiłki cielesne; w literaturze opisane są

także przypadki pęknięcia przy oddawaniu wypróżnień, dosiadaniu konia, pompowaniu wody, umocowywaniu śruby w położeniu zgiętem; dwa razy zanotowano rozerwanie z wielkiej radości; zwyrodniała aorta najłatwiej podlega uszkodzeniu przy upadku, uderzeniu i wstrząsie.

Nieznaczne zmiany w ścianie naczyń mogą niekiedy już stanowić okoliczność sprzyjającą rozerwaniu; niekiedy naczynia w wysokim stopniu zwyrodniałe u ludzi, podlegających rozmaitym wzruszeniom i wysiłkom nie pękają, podczas gdy w innych przypadkach rozerwanie następuje bez widocznych przyczyn—przy jedzeniu, przeciąganiu się, a nawet we śnie, pomimo że zmiany w ściankach naczyń są minimalne. Niektóre z tych przypadków są objaśniane przez nagłe zmiany ciśnienia krwi, przez odruchowe poruszenia, możliwe nawet we śnie i t. d., inne nie maja wcale wytłomaczenia.

Pewne ułatwienie przy orzeczeniu takich kwestyi daje nam drobnowidzowe badanie uszkodzonego naczynia, szczególniej błony środkowej, obfitującej we włókna mięśniowe i sprężyste: ta część ścianki może być nienormalna bez względu na stan błony wewnętrznej; zmiany w błonie środkowej występują stale po tyfusie i w wieku starczym; ścianka staje się wtedy w pewnem miejscu cieńszą, włókna mięśniowe i sprężyste są w stanie zaniku, pozatem—przemiana szklista. Autor przytacza 2 przypadki, w których jedynie badanie drobnowidzowe błony środkowej aorty objaśniło powstanie rozerwania:

Rodząca w okresie wyrzynania się główki, nagle umiera. Na sekcyi znajdują rozerwanie aorty nad zastawkami: ścianka na wewnętrznej powierzchni jest niezmieniona, wogóle zaś — cienka; badanie drobnowidzowe wykazało w błonie środkowej małe ogniska, trudno się barwiące.

W drugim przypadku student w 15 lat po przebytym ciężkim durze brzusznym nagle w nocy podlega zasłabnięciu z bólami brzucha i następnego dnia umiera. Na aorcie, z nader cienkiemi ściankami, 2 pęknięcia; pod drobnowidzem okazuje się zupełny brak w błonie środkowej włókien sprężystych i znaczny zanik mięśniowych.

Przy cienkich ściankach wrodzone zwężenie aorty może też być przyczyną pęknięcia. Dla przezwyciężenia napotykanego oporu serce pracuje silniej, podlega przerostowi (lewa komora) i w rezultacie cienka ścianka aorty rozszerza się w postaci tętniaka i pęka.

Nader rzadko zdarzają się rozerwania aorty przez wrastanie tkanki nowotworowej, rakowatej lub gruźliczej, z okolic.

Niepomyślny wpływ wywiera, wreszcie, wzmożone ciśnienie przy przeroście serca lub przewlekłem zapaleniu nerek.

Więc zupełnie zdrowa aorta pęka jedynie pod wpływem silnego zmiażdżenia klatki piersiowej lub ogólnego wstrząsu ciała; kwestya jednak uprzedniego normalnego stanu aorty trudną jest do rozwiązania. Rzeczoznawca nigdy nie powinien kierować się

obecnością lub brakiem widocznych zmian w ściance naczynia i przy najmniejszym urazie ma obowiązek dokładnie i wszechstronnie rozważyć, czy ten wpływ mógł wywołać pęknięcie aorty, czy nie.

Przy orzeczeniu rozerwania aorty stan rozerwanego naczynia · stopień urazu nie dają nam dostatecznych punktów oparcia. Wobec tego zwykle badamy:

1) czy miało miejsce zdarzenie, któreby mogło wywołać pęknięcie aorty, i

2) czy zachowanie się poszkodowanego przed i po zdarzeniu każe przyjąć lub odrzucić związek rozerwania z wypadkiem.

Aorta może uledz pęknięciu przy uderzeniu w piersi lub plecy, przy zmiażdżeniu klatki piersiowej, przy szybkim zgięciu kręgosłupa w bok, przy upadku (nawet na nogi lub ręce) i przy silnych wzruszeniach. Te wszystkie okoliczności mogą być uważane wobec prawa za nieszczęśliwe zdarzenia przy pracy, nie wyłączając i wzruszeń, jak to wykazało orzeczenie sądu w sprawie pewnego górnika, który, będąc chorym sercowym, zmarł na paraliż serca podczas ucieczki z palącego się szybu—pod wpływem silnego wzruszenia. Jednakże należy tu zwracać uwagę, czy rzeczywiście miało miejsce zdarzenie, bo bywa np. że człowiek dostaje udaru mózgowego, pada, i na sekcyi znajdujemy rozerwanie aorty. Brak uszkodzeń na skórze, jako odznaczającej się znaczną odpornością, nie może być brany pod uwagę; w razach wątpliwych tylko autopsja rozwiązuje kwestję.

Co się tyczy zachowania poszkodowanego przed i po zdarzeniu, to ma ono na celu głównie orzeczenie, czy objawy rozerwania mogą być postawione w bezpośrednim związku z nieszczęśliwym zdarzeniem. Dla rozwiązania tego pytania ważną jest znajomość anatomicznych i klinicznych skutków rozerwania aorty. Przy rozerwaniu błon: wewnętrznej i środkowej—błona zewnętrzna naczynia może pozostać nienaruszoną; w następstwie takie rozerwanie może się zabliźnić, częściej jednakże fala krwi przedostaje się między błony i tworzy t. zw. tętniak rozdzielający (aneurysma dissecans); -przy takim tętniaku krew przez nowy otwór między błonami może powrócić do łożyska; w ten sposób następuje b. rzadkie uleczenie samoistne. Niekiedy rozerwanie może dochodzić do samej błony śluzowej, otaczającej naczynie i należącej do osierdzia lub do błony, pokrywającej naczynia i przełyk. Czasem ścianka aorty jest przerwana zupełnie, a chorzy mogą żyć tygodnie i miesiące: otóż w tych razach przy osłabionej czynności serca tworzy się w miejscu rozerwania skrzep, który stawia zaporę słabej fali krwi.

Klinicznie rozerwanie aorty jest połączone z nagłem uczuciem pęknięcia czegoś wewnątrz lub z silnym bólem wewnętrznym; tych objawów może jednak niekiedy nie być. Bóle są rozmaicie umiejscowione, stosownie do miejsca uszkodzenia naczynia. Najczęściej następuje wylew do worka sercowego, i stosownie do tego mamy najczęściej bóle w okolicy serca lub żołądka, promieniujące

do ramienia lub głowy: jednocześnie wskutek przeszkody w ruchach serca bywa uczucie ściskania i duszności. Przy wylewie do opłucnej są objawy też same, co przy zapaleniu tej błony, z jednoczesnymi objawami szybko powiększającej się utraty krwi. Przy wylewach wzdłuż kręgosłupa, wolnych lub w postaci tętniaków rozdzielających, występują bóle napadowe i wymioty, tak że w pierwszej chwili nasuwa się myśl o kolce wątrobowej; czasem wszystko się ogranicza do lekkich objawów żołądkowych. Zdolność do pracy może na razie nie być utraconą. Fizykalne zmiany za życia występują w postaci rozszerzenia tępości serca, stępienia w dolnej części jednej połowy klatki piersiowej. Śmierć zwykle następuje błyskawicznie, lecz nie możemy twierdzić, że rozerwanie nastąpiło właśnie w chwili śmierci—mogło ono powstać wcześniej, a śmierć została wywołaną przez zupełne przerwanie lub gwałtowne rozszerzenie pierwotnej rany,

Obraz tego cierpienia jest bardzo różnolity, lecz porównanie objawów przedmiotowych, podmiotowych i badania pośmiertnego może prawie zawsze dać wskazówki co do czasu, kiedy nastąpiło rozerwanie naczynia. Są jednak przypadki, w których nie można dać niezbitego orzeczenia co do przyczyny śmierci, jak np. następujący: Pewien jegomość, mający cudzołożny stosunek z żoną znajomego, został przez męża schwytany in flagranti; następnego dnia znaleziono jego trupa. Na sekcyi — rozerwanie otłuszczonej, rozszerzonej i cienkiej aorty: żadnych zewnętrznych uszkodzeń. Czy to był przestrach, czy gwałt, czy przypadkowy zbieg okoliczności? Niewiadomo.

Na zakończenie autor podaje przypadek ze swej praktyki, jako przykład orzeczenia o nieszczęśliwem zdarzeniu.

S., robotnik, 45 lat, dotąd zupełnie zdrowy, od roku zajmujący się ładowaniem cegły, pomagał przy pracy drugiemu; w tem S. zawołał, że cegła mu na głowę spadła. S. miał głowę i pierś powalane, a cegła leżała obok na ziemi. Chciał dalej pracować, lecz upuścił podniesioną cegłę i zaczął się uskarżać na niedyspozycyę, zawrót głowy i palenie w piersiach. Towarzysz go odprowadził. W drodze ból w piersiach i osłabienie się wzmagały i S. zupełnie bez sił przyszedł do domu. Następnego rana żona poszła po lekarza, a gdy wróciła — zastała już trupa.

Sekcya, dokonana na 4-ty dzień, wykazała rozerwanie aorty długości $2^1/_2$ cm. przy zastawkach, wylew wdłuż błony osierdzia, pokrywającej aortę; w worku sercowym około $^1/_2$ litra krwi płynnej i skrzepłej. Na skórze lekkie nadpęknięcie, na podbródku i na środku ciemienia; w śródpiersiu nad okolicą serca płaski wylew wielkości talara. Tętnice mózgu napięte i zieją.

W tym przypadku aorta była zdrowa, świadków nie było, wołanie S. o spadnięciu cegły i zachowanie się jego zaraz potem niebardzo przemawiały za przyjęciem tego zdarzenia jak causa efficiens, a o uszkodzeniu piersi S. nie mówił: wogóle więc dziwnem jest, by przy zdrowej aorcie uderzenie cegłą spadającą z nieznacznej wysokości mogło wywołać pęknięcie naczynia, tem bardziej,

że S. później był jeszcze w pewnym stopniu zdolny do pracy (podniósł cegłę). Jednakże orzeczenie brzmiało, że śmierć nastąpiła skutkiem nieszczęśliwego zdarzenia, a to na zasadzie wylewu w śródpiersiu przedniem i zachowaniu się S. przed i po zdarzeniu.

Wylew w śródpiersiu mógł nastąpić tylko przy urazie z zewnątrz; przestrach i gwałtowny ruch kręgosłupa w celu uchylenia się od uderzenia wywołały zwiększone ciśnienie i rozerwanie aorty.

Przed zdarzeniem S. był zdrów i pilnie zajęty przy pracy; potem pracować nie mógł, kręciło mu się w głowie, miał bóle i uczucie ściskania. W domu zrobiło mu się nieco lepiej; lecz po 13 godzinach zmarł.

To wszystko przemawia za wylewem z aorty do osierdzia, wstrzymanem początkowo przez niezupełne rozerwanie ścianki naczynia; to późniejsze nastąpienie wylewu do osierdzia znajduje potwierdzenie w znalezionym na sekcji wylewie wzdłuż błony, pokrywającej aortę.

Zewnętrzne i wewnętrzne warunki rozerwania aorty i jego skutków przedstawia jeszcze dużo kwestyj nierozwiązanych, i rzeczoznawcy w nieszczęśliwych zdarzeniach mają wdzięczne zadanie rozpraszania tych wątpliwości przez ogłaszanie obserwowanych przypadków.

Aertztl. Sachverständ. Ztg. 1900. № 14.

*Z. Prechner.*

Ph. Kissinger. **O stosunku wpływów urazowych do powstania gośćca stawowego.** W referacie zbiorowym o sprawie powyższej dochodzi autor do wniosku, że przypadki powstania choroby zakaźnej, jaką jest gościec stawowy ostry, po urazie można tłumaczyć jedynie przy pomocy udziałn t. zw. „septicopyaemia cryptogenetica".

Z trzech spostrzeżeń autora na przytoczenie zasługują dwa następne:

Chłopiec 8-letni, dotąd zdrowy, upadł 8./XI. na lewe kolano. Ból, w nocy bardzo silny. Dnia 10./XI. gorączka, wyraźne obrzmienie bolesne kolana lewego; 12.X gorączka; obrzmienie prawego stawu kolanowego i obu stawów stopowych.

Poprawa pod wpływem salicylanów; nawrot i, ostatecznie, wyzdrowienie.

Mężczyzna 40-letni; rana części miękich lewej dłoni z przedarciem ścięgen rozginaczy 4 i 5-go polców; otwarcie kilku stawów nadgarstkowych. Oczyszczenie brudnej rany; szew na ścięgna. Początkowo ropienie i obrzmienie w okolicy rany; po 5 tygodniach zagojenie rany. 13 dni po tem bóle w tej-że dłoni i prawym stawie kolanowym, który obrzmiał. Gorączka niewielka. Poprawa przy użyciu salicylanów.

(Te i podobne przypadki nie wystarczają jeszcze do stwierdzenia związku, o którym mowa. A i takich przypadków opisano dotąd nie wiele).

(Volkmanns Vortr. № 281. 1900.

Kirstein. **Przynek do kazuistyki podskórnych urazów kiszek** Człowiek 21-letni upadł z wysokości 2 m., uderzając brzuchem o barierę drewnianą. Przyniesiono go natychmiast do szpitala: wymioty, brzuch wzdęty, wielka bolesność dotykowa; deskowate napięcie ścian brzusznych. Z powodu podejrzenia na pęknięcie jelit — cięcie brzuszne. Znaleziono dwa otwory w kiszce cienkiej, które zaszyto. Kał wymyto z jamy otrzewnej przy pomocy 20 litrów wody słonej. Wyzdrowienie.

Autor zwraca uwagę na wczesne objawy obrażenia jelit: bolesność brzucha na dotyk, a szczególnie: deskowato twarde napięcie mięśni. Im wcześniej operujemy, tem lepszy wynik. Dotąd otrzymano, wliczając i operacye późne, 45% wyników dodatnich.

(Deut. Zt. f. Chir, 57. I. i II. 1900).

Dr. Grassl. **Wpływ urazu na macicę ciężarną ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** Wpływ urazu na macicę ciężarną rozważać można z dwojakiego stanowiska: prawnego i lekarskiego.

A) Część prawna. Wszelkie insulta na macicę ciężarną wywarte wtedy tylko możemy uważać za niebezpieczne dla życia, gdy uraz sprowadza następstwa ciężkie, jako to: krwawienie, objawy zapalne narządów rozrodczych, przedewszystkiem zaś poronienie. Gdy odczyn ze strony narządów rodnych jest nieznaczny, w takim razie może być mowa tylko o lekkiem obrażeniu cielesnem, jakkolwiek i wówczas nie da się wykluczyć możliwość powstania objawów zagrażających życiu; tak np. Hoffman uważa obecność przetoki pochwo-pęcherzowej za kalectwo. Przedewszystkiem jednak należy mieć na względzie utratę zdolności rozrodczej.

Jeżeli sprawcą wypadku czyn swój skierował przedewszystkiem na kobietę, następstwa urazu wynikłe dla płodu nie mają wpływu na stopień wymierzonej kary, albowiem prawo niemieckie, o ile rzecz nie dotyczy spędzenia płodu, bynajmniej nie rozciąga nań swojej opieki, dopóki się we wnętrzu macicy znajduje. Zresztą uszkodzenia płodu zdarzają się wogóle rzadko i udowodnienie ich z lekarskiego punktu widzenia jest nadzwyczaj trudne.

B) Część lekarska. Działanie urazu może być: 1) bezpośrednie lub 2) pośrednie i 3) nagłe, jednorazowe lub 4) długotrwałe, wielokrotne.

W pierwszych miesiącach ciąży uszkodzenie macicy wskutek bezpośrednio na nią działającego urazu zdarzyć się może w wyjątkowych tylko wypadkach; uraz wtedy powinien działać pod kątem ostrym i wgłąb; zdarza się to jednak bardzo rzadko i najczęściej jest wynikiem przypadku. Dopiero w czwartym miesiącu ciąży staje się macica dostępna do działanie urazu i to tem więcej, im w dalszym okresie ciąży się znajduje, im bardziej jest nachylona naprzód oraz im mniejszą sprężystość posiadają mięśnie brzuszne. Kwestyę, czy obrażenie było dziełem przypadku lub też wynikiem rozmyślnie zadanego ciosu, rozstrzyga umiejscowienie rany; a więc: rany drążące do macicy ze strony odbytu są najczęściej następstwęm przypadku, rzadziej wynikają z działa-

nia mającego na celu zaspokojenie nadmiernie rozwiniętej chuci płciowej; natomiast narzędzia działające od strony pochwy najczęściej mają na celu wywołanie poronienia i tylko bardzo rzadko dostają się do macicy przypadkowo. Jeśli kierunek rany macicznej nie odpowiada kierunkowi obrażenia sąsiednich części ciała, wówczas nasuwa się wielkie prawdopodobieństwo, że już po zdziałaniu urazu zaszła zmiana w położeniu macicy. Wygląd rany upoważnia nas tylko do wydania sądu o rodzaju instrumentu, wyklucza zaś możność określenia jego wielkości.

Wydając sąd swój o następstwach urazu macicy ciężarnej musimy mieć na względzie tak matkę, jak i zawartość macicy.

A) Następstwa urazu dla matki. I) Najczęstszą postacią urazu jest zgniecenie, którego skutki będą różne zależnie od większej lub mniejszej grubości ścianki brzusznej. Najzwyklejszym odczynem macicy na zgniecenie jest: a) metritis, którego oznaki są następujące: gorączka, ból i uczucie pełności w podbrzuszu. Rozpoznanie udaje się rzadko. Skutki ograniczonego zapalenia macicy zwykle nie mają żadnego znaczenia tak dla dziecka, jak i dla matki. Gdy sprawa zapalna rozszerza się per continitatem na cały narząd, często powoduje poronienie spóźnione. Do rzędu późnych następstw ograniczonego zapalenia macicy Schroeder zalicza pęknięcie macicy podczas ciąży lub porodu, obraz zaś anatomiczny przedstawia się podług Ziegler'a pod postacią rozmiękczenia lub stwardnienia. Gdy sprawa zapalna posuwa się wgłąb, spowodować może

b) Endometritidem gravidarum. Występujące przy większem zgnieceniu macicy ciężarnej

c) Krwawienie zwykle bywa obfite i ujawnia się najczęściej jako krwistek zamaciczny. Może jednak pod wpływem urazu nastąpić wylew krwi do jamy macicznej; następstwa jego bępą różne zależnie od ilości wylanej krwi; gdy takowa jest nieznaczna, może uledz zupełnej rezorbcyi, niekiedy zaś daje początek polipowi; poronienie nie jest konieczne. Przy obfiitym krwawieniu los matki zależy od stopnia kurczliwości macicy, przy macicy kurczliwej nastąpi poronienie; gdy zaś kurczliwość macicy jest zbyt mała, powstaje skryty krwistek maciczny zdolny spowodować śmierć matki wśród objawów skrwawienia wewnętrznego. Wreszcie, krew wylana do miąższa macicy może się wessać lub prowadzi do powstania ropnia, który, pękając, daje początek otworowi przetokotowatemu (fistelförmiger Aufbruch); niekiedy zachodzi podejrzenie co do pochodzenia takich otworów, wątpliwość usuwa wykrycie jamy ropnia.

d) W dalszym ciągu może uraz wywołać zmianę położenia macicy we wszystkich kierunkach, a więc przedewszystkiem tyłopochylenie i wypadnięcie; co do ostatniego to, zdaniem Winckel'a, ilekroć zajdzie wypadnięcie macicy ciężarnej, najczęściej należy przypuszczać istnienie tegoż przed zastąpieniem. Wątpliwość usuwa troskliwie zebrana anamneza. Niekiedy znowu pod wpływem urazu następuje rozluźnienie więzów macicznych, a powstające

póżniej zapalenie może umocować macicę w takiem położeniu, że daje powód do rozmaitych schorzeń.

e) Do następstw późniejszych urazu niektórzy zaliczają powstawanie nowotworów, jest to jednak rzecz dotąd sporna.

f) Wreszcie, najbardziej ciężkim odczynem macicy na zgniecenie jest pęknięcie macicy odkryte lub podskórne, które łatwiej zachodzi wtedy, gdy ucisk działa w kierunku przednio-tylnym, lub gdy macica stanowi zawartość przepukliny, jest wypadnięta lub dwuroga. Samoistne pęknięcie macicy ciężarnej zdarza się bardzo rzadko. Jeśli zgnieceniu ulegną i części ciała leżące przed macicą, wówczas odróżnienie pęknięcia macicy od rany dartej jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Prognoza w tych wypadkach nie jest bynajmniej tak zła, jakby się to napozór zdawało.

II. Rany darte macicy najczęściej powstają wskutek uderzenia rogami byka; i tu prognoza jest nadzwyczaj pomyślna.

III. Rany tłuczone i cięte zdarzają się rzadko, stanowiąc najczęściej wynik zamachu samobójczego.

IV. Rany postrzałowe trafiają się najczęściej podczas bójek. Prognoza co do zejścia obrażeń wymienionych sub. III. i VI. jest dosyć dobra.

V. Perforatio uteri gravidi wynika najczęściej wskutek czynów zbrodniczych, poronienie na celu mających. Umiejscowienie przedziurawienia spotykamy zwykle w szyjce lub na przedłużeniu osi pochwy.

VI. Wreszcie zanotować wypada uraz elektryczny spotrzegany i stosowany w Ameryce w celu wywołania poronienia. Jako objaw uboczny spostrzegał przytem Rosenstein olbrzymi krwistek zamaciczny,

VII. Nakoniec pod wpływem urazu na macicę ciężarną wywartego może nastąpić shock, który dawniej bardzo często uważany był za przyczynę śmierci ciężarnych. Dziś ma to miejsce znacznie rzadziej, ścisłe bowiem spostrzeżenia dowodzą, że najczęściej w takich razach mamy mamy do czynienia z sepsis acutissima. Śmierć następująca później niż w 8 godzin po urazie wyklucza shock.

B) J a j e. Jaju grozi zawsze większe niebezpieczeństwo niż matce, może bowiem uraz wywołać: poronienie, endometritis decidua traumatica, — rzadziej endometritis polyposa.

Najgorzej znosi jaje wylew krwi, który też najczęściej sprowadza poronienie.

Poronienie pochodzenia urazowego najczęściej bywa wynikiem istniejącego przed tem usposobienia, którego źródło leży bądź w chorobach ogólnych, jak przymiot, grużlica, blednica, niedokrwistość, zapalenie nerek, alkoholizm chroniczny, wreszcie przewlekłe zatrucie ołowiem, — lub miejscowych; te ostatnie mogą znowu dotyczeć tak tak samego jaja, jak i matki. Pierwsze zależą od ukształtowania się oraz chorób łożyska i płodu, — drugie zaś stanowią:

1) zwiększona wrażliwowość macicy w czasie przypadającej miesiączki;

2) t. z. nawykowa skłonność do poronień, zależna najczęściej od przewlekłego zapalenia endometrii;

3) blizki poród;

4) zmiany położenia macicy i

5) liczba ciąż.

Co do ostatniego punktu dotąd zgody niema; jedni bowiem utrzymują, że pierwiastki ronią częściej, natomiast gdy drudzy sądzą, że własność ta należy się właśnie wieloródkom, a to dzięki nabytym wskutek uprzednich porodów stanom zapalnym endometrii. Jednakże w myśl przysłowia „Uebung macht den Meister" zdaje się nie ulegać wątpliwości, że pierwsze przypuszczenie jest daleko bardziej do prawdy zbliżone; kosmki bowiem chorii daleko trudniej przenikają w twardszą macicę pierwiastek, ergo odżywianie jaja jest znacznie upośledzone. Bądź jak bądź, uraz jako przyczynę poronienia można przyjąć tylko wtedy, gdy troskliwe badanie nie wykaże jakiejkolwiek z wyżej wymienionych przyczyn usposabiających.

Samo poronienie zachodzi wskutek przyczyn rozmaitych, jako to:

a) wskutek pęknięcia jaja i następnej śmierci płodu;

b) wskntek oddzielenia się jaja od macicy dzięki: 1) bezpośrednim wstrząśnieniom lub 2) wskutek wylewu krwi między jaje a łożysko;

c) wskutek pobudzenia skurczów macicy na drodze mechanicznej lub psychicznej;

d) wskutek pierwotnej śmierci płodu.

Która z tych przyczyn zdarza się najczęściej — zgody niema.

Orzeczenie, kiedy nastąpiła śmierć płodu, jest bardzo trudne albowiem:

1) płód może przez dłuższy czas po śmierci zachować świeży wygląd i 2) jaje może rosnąć nawet po śmierci płodu. Mając to na względzie, uzależnimy poronienie od urazu nawet wtedy, gdy takowe nie zaszło bezpośrednio po zdziałaniu urazu, owszem, może przejść nawet dłuższy czas, wtedy jednak musimy dowieść, że bezpośrednio po urazie wystąpiły objawy cięższego podrażnienia macicy.

Pozatem nasuwa się pytanie, jak odróżnić poronienie występne od przypadkowego.

W tym względzie Liman i Winckel opierają się na wczesnym wystąpieniu objawów zakażenia, które wprawdzie czyni przypuszczenie nasze bardzo do prawdy zbliżonem, stanowczo jednak kwestyi nie rozstrzyga. W rzędzie źródeł zakażenie spowodować mogących należy wymienić przewlekłe wrzody podudzia. Na pytanie, czy kobieta może sobie sama cewnik do macicy wprowadzić odpowiedź wypada twierdząca.

Wreszcie, w szeregu skutków urazu na macicę ciężarną występują mola cruenta, skręcenie sznura pępkowego i przedwczesne odklejenie się łożyska.

C) Płód. Uraz, działając na płód w najwcześniejszym okresie jego rozwoju, spowodować może: 1) zmniejszenie się energii wzrostowej odpowiedniej części płodu. 2) przemieszczenie się (Verschiebungen) części płodu. 3) zapalenie, zwłaszcza owodni; wszystkie zaś trzy powyższe momenty sprawić mogą rozwój potworności. Jako okres końcowy, kiedy się jeszcze potworność rozwijać może, powszechnie uważa się czas wytwarzania się łożyska.

We wczesnym okresie ciąży przedewszystkiem szkodliwe działanie na płód posiadają urazy oddalone.

Jako skutki urazu uważać należy też rozmaite złamania, co do których dotąd niema zgody między badaczami; jedni bowiem utrzymują, że są one pierwotne, drudzy zaś upatrują w nich następstwa krzywicy wewnątrzmacicznej, trzeci wreszcie sądzą, że nawet złamania kości krzywicowych równie zależą od urazu. Wygładzenie odłamków kości krzywicowych zachodzi dzięki rezorbcyi tkanki kostnej, która odbywa się tem szybciej, im kości takie zawierają mniej wapna.

Nakoniec jako wynik urazu należy wymienić idyotyzm wrodzony.

Niesposób pominąć milczeniem następstw, spowodowanych przez stały ucisk, jaki na płód wywiera tak modny dziś gorset; zmniejszając w wysokim stopniu zawartość jamy brzusznej, z jednej strony może również prowadzić do powstawania potworów, z drugiej zaś — spowodować u matki enteroptozę.

Jak widać z powyższego, skutki urazu na macicę ciężarną wywartego są nader poważne i rozmaite, wykazanie zaś ich często bywa bardzo trudne, tak dalece, że nieraz orzeczenie nasze będziemy musieli odroczyć aż do porodu. W każdym jednak razie, lubo zdobycze nauki naszej w zastosowaniu do sądownictwa dotąd nie zbyt jeszcze ważne posiadają znaczenie, ogromną zato mają wartość dla ustawodawstwa socyalnego, dowodzą bowiem niezbicie, że wielki już czas otoczyć kobietę ciężarną opieką i zabronić jej wszelkiej ciężkiej pracy.

Monatschrift f. Unfallheilkunde 1899. № 10.

*Fr. Grodecki.*

*Dr. Fr. Samohrd.* **Przypadek otrucia strychniną w celu samobójczym. Wyzdrowienie.** Opisany przez autora przypadek dotyczy 16-to letniej dziewczyny, która w celu samobójczym o godz. $7^1/_2$ z rana naczczo zażyła sporą ilość strychniny, zapiwszy ją kawą czarną; objawy otrucia wystąpiły bardzo prędko, zaś po upływie 10 minut zjawił się toniczny skurcz mięśni kończyn dolnych, wobec czego chora zmuszona była prosić brata, by ją na ziemi położył. Chorej dano mleko i kawę czarną i między $7^1/_2$ a $8^1/_2$ chora miała wciąż

mdłości, do wymiotów jednak nie doszło. Tak w domu jak i w drodze do szpitala chora miała cały szereg drgawek. W klinice znaleziono: Chora na swój wiek dobrze rozwinięta, średniego wzrostu, silnej budowy kostnej, dobrze odżywiana; leży na plecach, kończyny górne skrzyżowane na piersiach, dolne wyciągnięte. Twarz pomiędzy napadami drgawek czerwona, usta zwarte, oczy zamknięte; brak szczękościsku, ślinienia jako też uśmiechu sardonicznego; źrenice rozszerzone, silnie oddziaływują na światło; świadomość zachowana; na skrzyżowanych kończynach górnych tak na powierzchni tylnej jak i przedniej czerwono-fioletowe zabarwienie, sięgające do łokcia. Oddych nawet w przerwach między napadami znacznie przyśpieszony, zaraz po napadzie dochodzi do 50—60 na minutę i tętno po napadzie 150—160, małe, ledwo wyczuwalne; ciepłota pod pachą między napadami 39,6, podbrzusze przy obmacywaniu bolesne, od 3 dni miesiączka. Napięte kończyny dolne poniekąd do wewnątrz zwrócone, stopy w postawie pes equino-varus. Na wewnętrznej powierzchni podudzi, w dolnej części, szkarłatne zabarwienie skóry. Znaczny pot. Narządy piersiowe w stanie normalnym.

W celu leczniczym żołądek przemyto 50 litrami wody, poczem chorej podano 1% roztwór garbnika i kawę czarną; w czasie przepłukiwania żołądka było 6 napadów drgawek z których każdy trwał koło ½ m.; drgawki występowały głównie podczas wlewania wody do żołądka. Już w czasie przemywania żołądka przerwy między napadami stały się dłuższe; po ułożeniu zaś chorej do łóżka było jeszcze 5 silnych napadów, wywołanych przez najrozmaitsze przyczyny; głośniejsza rozmowa, stuk, uderzenie palcem o łóżko, pociągnięcie kołdry, powodowały bądź całkowity napad, bądź błyskawiczny tetaniczny skurcz całego ciała. Napady trwały do ½ m., towarzyszył im krzyk; niekiedy zdawało się, że większy napad składa się z 2—3 mniejszych, wczasie napadu zjawiał się szczękościsk, brak oddychu, sinica. Między napadami chora otwiera oczy, żąda pić, odpowiada na pytania i utrzymuje, że przeczuwa każdy napad, który ją strachem przejmuje; instynktownie odpędza każdego od łóżka.

Leczenie polegało na podaniu w lawatywie 2 grm. chloralu, przyczem chora mogła samodzielnie odprowadzić nogi, narzekając na znaczny ból w nich przy najmniejszym ruchu. O g. 10½ ostatni napad; o godz. 11 wypuszczono 400 grm. dosyć nasyconego moczu, zawierającego 0.7‰ białka; krwi ani cukru nie znaleziono; badanie drobnowidzowe wykryło w moczu nieliczne wałeczki ziarniste, cylindroidy i nabłonek pęcherzowy. Ciepłota 37.8, tętno 100, oddychów 24 na minutę. Każde nieostrożne dotknięcie sprowadza błyskawiczne drgawki całego ciała. Bolesność kończyn dolnych krzyża i nadbrzusza trwa dalej. O godz. 2½ samodzielnie oddała ½ litra moczu; szkarłatne zabarwienie na kończynach tak górnych jak i dolnych znikło; ruchy kończyn górnych wracają, zato kończyny dolne napięte, w stawie kolanowym nie dają się wyprosto-

wać. Ból głowy, niechęć do jadła. Ciepł. 38.2, P. 96, oddych 24. Podano 2 grm. chloralu, na noc nieco morfiny.

21 IV. Noc chora spędziła bezsenną wskutek rozdrażnienia, bólu głowy i mięśni; kończyny dolne nieruchome, do wewnątrz zwrócone, odruchy zwiększone, przy wywoływaniu odruchu kolanowego występują kloniczne drgawki kończyny. W moczu wypuszczonym zapomocą cewnika krew i białko, drobnowidz wykrywa czerwone krwinki i wałeczki ziarniste. Ciepł. 37.5—37.8. P. 72, od. 20. Z dalszego przebiegu godzi się wspomnieć, że krew w moczu trwała przeszło 5 dni, a ku wieczorowi wciąż była nieznacznie podniesiona (do 38), obok tych objawów trwały również ból głowy, niechęć do jadła i zmniejszona diureza (300—900 grm). 6 dnia mocz normalny, sen od 4 dnia dobry.

Opisany tu przypadek nastręcza sporo godnych uwagi danych. Przedewszystkiem uderza nas pomyślne zejście pomimo olbrzymią dawkę zażytej trucizny, wywiady bowiem, jako też dochodzenie chemiczne oraz doświadczenia fizyologiczne na żabach, wykazały, że chora połknęła 0,5 do 0,6 strychnini puri. Gdy się zważy, że śmiertelna dawka strychniny waha się między 0,03 (Husemann) a 0,10 (Jaksch), fakt wyzdrowienia chorej nie może nie zastanowić; autor tłomaczy go sobie trudną rozpuszczalnością strychniny zażytej na czczy żołądek z jednej strony, z drugiej zaś wczesnem zastosowaniem zgłębnika żołądkowego.

W samym przebiegu otrucia godzi się zanotować: 1) liczbę napadów drgawek, których autor sam spostrzegł 12 nie wliczając w to napadów, jakie miały miejsce przed przybyciem chorej do szpitala; 2) szybkość wystąpienia napadów po spożyciu trucizny (15—20 m.); 3) krótkie trwanie napadu, co zdaniem autora ma wielkie znaczenie prognostyczne; 4) niezbyt krótkie przerwy między napadami. Niemniej ciekawy jest przebieg ciepłoty, która podniósłszy się w czasie napadów prawie do 40° w ½ godziny po ostatnich drgawkach spadła do 37.8. Raptowne wzniesienie się ciepłoty tłomaczy autor przez spotęgowaną pracę mięśni. Na szczególną atoli uwagę zasługuje następująca okoliczność: napady ustały prędko, trucizna atoli nie opuściła ustroju, badanie bowiem moczu wypuszczonego o godz. 11 i 2-ej strychniny w nim nie odkryło. Przyjmując, że pewna ilość trucizny wydzieloną została przez pot nasuwa się pytanie co się stało z resztą? Oddawna istnieje przypuszczenie, że strychnina krążąca we krwi, dzięki utlenieniu przeistacza się wzwiązek dla ustroju nieszkodliwy. Dowodzą tego nader ciekawe doświadczenia Czyhlarza i Donath'a, którzy, zacisnąwszy śwince morskiej kończynę ponad kolanem i wyłączywszy przez to dośrodkowy dopływ krwi i limfy wstrzykiwali pod podwiązką śmiertelną dawkę strychniny. Po zdjęciu podwiązki po upływie 1—4 godzin śmierć nie następowała. Dowodzi to, że strychnina wstrzyknięta pod skórę może być zneutralizowana. Oczywiście, i w danym przypadku zaszła analogiczna sprawa, a to głównie dzięki brakowi poważniejszych zaburzeń ze strony narządu oddychowego.

W dalszym ciągu podnieść należy wystąpienie białka w moczu w pierwszym dniu oraz krwi dni następnych. Objaw to przy otruciu strychniną nader rzadki, w dostępnej bowiem literaturze autor znalazł zaledwie jeden przypadek białkomoczu opisany przez Honnigmann'a, który go tłomaczy przez glomerulonephritis acuta, powstały dzięki zmianom w krążeniu krwi w nerkach pod wpływem strychniny; mianowicie: pierwotnie powstaje zaburzenie krążenia w nerkach, skutkiem czego wynikają zmiany nabłonka kłębkowego, bezmocz, wreszcie albuminuria ischaemica. I w danym wypadku białkomocz można by wytłomaczyć w sposób powyższy, jakkolwiek grał tu zapewne rolę inny jeszcze czynnik—zwiększone ciśnienie krwi. Przemawia za tem krwiomocz; ostatni objaw, jak dotąd, stoi odosobniony, aczkolwiek cały przebieg zjawisk wywołanych przez otrucie strychniną tłomaczy go łatwo. W danym wypadku do powstania krwiomoczu przyczynił się może i locus minoris resistentiae powstały w nerkach wskutek przebytego w dzieciństwie zapalenia płonicowego.

Casopis lékaru Ceskych 1900, № 42 i 43.

*Fr. Grodecki.*

R. Friedländer. **Prosty sposób określania zdolności odczynowej ustroju na działanie zimnej wody.** Wiadomo powszechnie, że stosowanie zimnej wody wtedy tylko pożądany skutek osięga, gdy ustrój posiada odpowiednią zdolność odczynową; dotąd wszakże lekarz zmuszony był całkowicie polegać na subjektywnem wrażeniu chorego, mianowicie: gdy wkrótce po zastosowaniu zimnej wody chory doznaje uczucia przyjemnego ciepła i rzeźkości, znaczy to, że pożądany odczyn nastąpił; przeciwnie, jeżeli po zabiegu chory użala się na uczucie zimna, znużenie, ból głowy i t. d.—dowodzi to, że następcze po pierwotnym skurczu rozszerzenie naczyń skórnych nie występuje, czyli, że odczynu brak.

Pragnąc zdobyć sobie bądź co bądź bardziej pewną podstawę, F. wypróbował i na zasadzie własnego doświadczenia zaleca następujący sposób: przy kąpieli gąbkowej[1] (Schwammbad), od której zwykle zaczyna leczenie zimną wodą, należy dokładnie, zmierzyć ciepłotę wody przed i po zabiegu; jeżeli chory posiada normalny odczyn, wówczas temperatura wody po kilkakrotnem polaniu piersi, grzbietu i ramion znacznie się podnosi różnica zależy od stopnia oraz szybkości, z jaką następuje odczyn, od ilości zużytej wody, jako też od różnicy zachodzącej między ciepłotą wody, a temperaturą skóry. U osobników zdrowych po zastosowaniu 3—4 litrów wody o ciepłocie 16°C autor spostrzegał podwyższenie się ciepłoty o $1^1/_2$—$2^1/_2$°C; gdy odczyn jest niedostateczny—w tych samych warunkach woda ogrzewa się zaledwie o kilka dziesiątych stopnia. Dowodzi to, że w doświadczeniu powyższem zachodzi nie samo tylko zjawisko fizyczne, polegające na dążeniu do wyrównania się rozmaitych temperatur: w takim bowiem razie niezależnie od do-

[1]) P. „Sposoby przepisywania leków in praxi pauperum" str. 60.

brego lub niedostatecznego odczynu ciepłota użytej do kąpieli wody powinna by być jednakowa. Rzecz należy sobie wytłomaczyć raczej w ten sposób, że przy odczynie odpowiednim, on to właśnie sprawia owo podniesienie się ciepłoty; jest to zresztą rzecz całkiem zrozumiała; wiemy przecież, że w normalnych warunkach skurcz naczyń skórnych po zastosowaniu wody zimnej jest tylko bardzo krótkotrwały, zaraz bowiem zjawia się ponowne ich rozszerzenie, dzięki czemu przy każdem nowem polewaniu temperatura spływającej wody coraz to się podnosi.

Oczywiście, gdy odczyn jest niedostateczny, zjawiska powyższego brak, woda zaś ogrzewa się o tyle tylko, o ile na to wpływa początkowa różnica między ciepłotą wody a skóry.

Zeitschr. f. diaetetische und physikalische Therapie 1900/1901 Tom IV Z. 5.

*F. Grodecki.*

M. Schreuer i Al. Riegel. **Wpływ aktu żucia na wydzienie się soku żołądkowego.** Autorzy na podstawie licznych doświadczeń wykonanych na klinice prof. Riegel'a przychodzą na następujących wniosków:

1. Akt żucia sam przez się wywiera wpływ na wydzielanie się soku żołądkowego.

2. Przy pożywieniu składającem się z węglowodanów pominięcie żucia sprawia, raz mniejszy to znowu większy, deficyt kwasu solnego w soku żołądkowym.

3. Przy pożywieniu białkowem, jak mięso, jaja na twardo, zachowanie się żołądka jest rozmaite, jako to:

a) Żołądek normalny lub wydzielający sok nadmiernie kwaśny, pod wpływem znacznego podrażnienia wywołanego przez białko na śluzówkę, może wyrównać brak, powstały przez pominięcie żucia.

b) Żołądek wydzielający sok niedokwaśny—zdolności powyższej nie posiada, badanie zaś treści żołądkowej ujawnia znaczną różnicę, zależnie od tego, czy białko było spożyte w sposób zwykły, czy też podane przez zgłębnik.

Zeitschr. f. diaetet. und physik. Therapie, 1900/1901 Tom IV. Z. 5.

*Fr. Grodecki.*

W. Schreiber. **Wskazania do zastosowania dyety mlecznej w leczeniu białkomoczu.** Autor powstaje przeciwko tak powszechnie stosowanej obecnie dyecie mlecznej we wszelkich postaciach białkomoczu. Nie zaprzeczając bynajmniej zbawiennego wpływu dyety mlecznej w przypadkach zdecydowanego zapalenia, ostrzega S., by tej tak cennej broni nie nadużywać przed czasem. Zdaniem jego mleko wskazane jest w tych przypadkach, gdzie schorzenie nerek nie podlega żadnej wątpliwości; ale nawet i wówczas nie powinno ono stanowić wyłącznego pożywienia. Natomiast w przypadkach białkomoczu czynnościowego, o którego istnieniu nie wątpi, wyłączna dyeta mleczna dawała S. tylko wyniki ujemne. Pod rubrykę białkomoczu czynnościowego podciąga autor przy-

padki przejściowego lub długotrwałego wydzielania się białka, czemu atoli nie towarzyszą zmiany organiczne narządu moczowego; należy tu białkomocz na tle mechanicznem, nerwowem, trawiennem, dnawem, kamicowem jako też białkomocz towarzyszący miesiączkowaniu oraz zjawiający się podczas wzrostu ustroju. We wszystkich powyższych przypadkach wyłączna dyeta mleczna jest wprost bezcelowa, przedewszystkiem z tego względu, że może sprowadzić niedokrwistość. Niekiedy znowu może mleko działać ujemnie na żołądek, bądź sprowadzając rozstrzeń tegoż bądź też zadrażniając błonę śluzową przez powstające skutkiem fermentacyi kwasy tłuszczowe. Z drugiej atoli strony przyznaje autor, że we wszelkich postaciach białkomoczu mleko, o ile je żołądek znosi, stanowi dobry napój stołowy, jakoteż wyborny, bodaj czy nie najlepszy środek moczopędny, jako też oszczędzający podrażnione nerki. Wynika stąd, że zarzuty Schreiber'a skierowane są głównie przeciwko utożsamianiu białkomoczu z zapaleniem nerek; wobec tego całkiem uzasadnionym jest postulat S., by w każdym pojedyńczym przypadku lekarz postawił jaknajdokładniejsze rozpoznanie natury cierpienia.

Wiener Medicinische Blätter 1900 № 11.

*F. Grodecki.*

Albu. **Leczenie dyetetyczne rozstrzeni żołądka.** Zalecona przez von Swieten'a oraz innych autorów dyeta sucha—zdaniem autora zgoła nie odpowiada celowi; daleko stosowniejsza jest dyeta płynna. I-o dla tego, że, jak dowiedli v. Mering i Moritz, woda jako też pokarmy płynne daleko prędzej przechodzą z żołądka do kiszek, niż pokarmy papkowate, zwłaszcza zaś twarde, II-o dla tego, że pokarm płynny możemy uczynić bardzo pożywnym. Wyłączywszy bowiem nieposiadające żadnej wartości odżywczej płyny (jak: woda, rzadkie zupy lub wody mineralne) okazuje się, że dyeta płynna bynajmmniej nie obarcza nad miarę rozszerzonego, niezdolnego do wchłaniania żołądka; zresztą; ostatnia własność nie powinna wcale wchodzić w rachubę, dowiódł bowiem v. Mering, że; żołądek zdrowy wchłania mało; w wyborze tedy pożywienia powinniśmy mieć przedewszystkim na względzie zaburzenia ruchowe; zaburzenia zaś wydzielnicze stoją na drugim planie. Wprawdzie odpowiadająca powyższym wymaganiom dyeta obok jednoczesnego stosowania zabiegów wodoleczniczych jakoteż przemywania żołądka w rzadkich stosunkowo przypadkach pierwotnej rozstrzeni może się uważać skuteczną. Daleko częściej bowiem cierpienie zależy od zmniejszenia światła odźwiernika i wtedy terapia dyetyczna sprowadzić może tylko przejściowe polepszenie,—wyleczenia zaś spodziewać się można jedynie od interwencyi chirurgicznej.

Łatwo przeto zrozumieć, jak ważnem jest w tych razach dokładne rozpoznanie, które powinno mieć na względzie następujące jednostki chorobowe: opuszczenie żołądka (*gastroptosis*), niedowład (*atonia*) oraz rozstrzeń (*ditlatatio*). We wszystkich powyższych przy-

padkach stanowczo przeciwskazane jest zubożanie ustroju w wodę, owszem—powinniśmy temu zapobiegać przez wlewanie per rectum. Wychodząc z tego założenia Albu jako najbardziej odpowiedni pokarm zaleca mleko, które, bądź dla poprawienia smaku, bądź też dla podniesia pożywności, stosujemy w najrozmaitszych postaciach, a więc jako dodatek do zup mącznych, kleików, galarety mlecznej, grysiku, kaszy, lub w postaci mleka zgęszczonego, śmietanki, twarogu, serwatki zmięszanej z żółtkami i koniakiem; dla poprawienia smaku dodać można poziomek, malin, borówek lub korzeni aromatycznych, jak cynamon, wanilia, skórka cytrynowa, wreszcie koniak, kawa, czekolada, kakao; niekiedy znowu mogą znaleźć zastosowanie: woda wapienna lub węglan wapnia; dobre wreszcie usługi wreszcie usługi oddają: mleko kwaśne, kumys i kefir. Z innych środków odżywczych radzi Albu jaja w rozmaitych postaciach, nutrozę plazmon, które należy dodawać tak do płynnych jak i do stałych pokarmów — wreszcie purée z delikatnych jarzyn, mięso w postaci hachée[1]), móżdżek cielęcy, grasicę cielęcą, galaretę z mięsa); z ryb zaś mogą znaleźć zastosowanie: szczupak, sandacz, łupacz (Schellfisch). Z pieczywa odpowiednie są kakes, sucharki oraz małe miękkie bułeczki (3—4 dziennie) pokruszone do mleka. Dobre, świeże masło może być w niewielkiej ilości (do 30 grm. dziennie) dozwolone, innych atoli tłuszczów stanowczo zabronić należy. W wielu razach stosował Albu z dobrym skutkiem: po wieczornem i rannem przepłukaniu żołądka, wlewanie przez zgłębnik płynnego stężonego pokarmu, o następującym składzie: $1/2$ litra mleka odparowanego do połowy objętości + 2 łyżki plazmonu + 2 żółtka + łyżeczka deserowa Krafftmehl lub $1/2$ łyżeczki cukru oraz szczypta soli. W celu przyśpieszenia zawartości żołądka do kiszek stosuje albo mięsienie żołądka w postaci gładzenia wzdłuż krzywizny większej w kierunku do odźwiernika, poczem w licznych punktach ścianki brzusznej należy wykonywać końcami palców krótkie lecz mocne ruchy rozcierające lub kołowe. Wreszcie podnosi A. dobroczynny wpływ leżenia w łóżku dla chorych niedokrwistych, źle odżywianych. W celu wzmocnienia mięśni żołądka wskazane są: faradyzacya jako też zabiegi wodolecznicze.

Deutsche med. Wochenschr. 1900 № 11.

*Fr. Grodecki.*

R. Höslin. **Leczenie otyłości.** Sposób swój leczenia otyłości opiera autor na kombinacyi czynników dyetetycznych, fizycznych oraz farmakologicznych.

Co się tyczy dyety, zgodnie z Ebstein'em, Höslin zaleca obficie tłuszcze i białko, znacznie natomiast ogranicza węglowodany. Objawy dyspeptyczne, jakie nieraz na początku tego leczenia występują, zwalcza autor zapomocą niewielkich dawek rumu lub ostrych przypraw. Z pośród czynników fizycznych na pierwszym

---

[1]) Porównaj E. Jaworskiej „Kuchnia dyetyczna“ str. 206.

planie stoi wodolecznictwo oraz zabiegi napotne. Pierwsze ma na celu podniesienie utlenianiania i należą tu: zimne (10—15°C) oblewania, zimne (10—15°C) nacierania, zimna (10—18°C) półkąpiel (1—2 min.), zimna kąpiel całkowita (10—14°C, ½ — 1 m.) Kąpielě dłużej trwające są mniej odpowiednie. W tym samym celu służą zabiegi napotne, jako to: kąpiel parowa, rzymska, irlandzka. Mniej odpowiednie są gorące kąpiele piaskowe, które też zaleca autor jedynie wówczas, gdy obok otyłości mamy jeszcze do zwalczenie inne cierpienie np. zmiany dnawe. Nie należy również zaniedbywać terapii ruchowej, jak spacer, konna lub kołowa jazda, gra w lawntennis, polowanie lub rąbanie drzewa, wreszcie regularne ćwiczenia z ergostatem oraz na przyrządach z oporem.

Ze środków farmakologicznych stosuje H. jedynie tyreoidynę a i to b. oględnie, z zachowaniem wszelkiej ostrożności, podaje bowiem dziennie nie więcej nad 1—2 kołaczyki po 0,30, ilekroć jednak wystąpią jakiekolwiek bądź niepokojące objawy ze strony serca, lek należy odstawić.

Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że w pojedyńczych przypadkach tyreoidyna wywołuje nieprzyjemne działanie uboczne, jednak autor nie życzyłby rozstać się z nią, ułatwia bowiem znacznie osiągnięcie pożądanego skutku.

Zeitschr. f. diaet. und physik. Therapie 1900/1901 T. IV Z. 5.

*Fr. Grodecki*

*Buxbaum.* **Wodolecznictwo w chorobach serca.** Lekarz powinien przy chorobach serca dążyć do tego, by sprzyjać powstaniu przerostu zastępczego, pobudzać serce do działalności wzmożonej, utrzymywać je jaknajdłuzej w stanie wydolności i usuwać przeszkody w układzie naczyniowym. Ścisłe doświadczenia przekonały nas o tem, jak znakomicie pobudza się działalność serca przez miejscowe stosowania zimna. Otrzymane tą drogą wzmocnienie mięśnia sercowego trwa długo. Zresztą, każde podrażnienie cieplne, zastosowane na powierzchnię ciała, w pierwszej chwili przyśpiesza i wzmacnia działalność serca, a więc stanowi ćwiczenie gimnastyczne mięśnia sercowego.

Niebezpieczeństwo przemogi sercowej i z nią związanego nadmiernego rozszerzenia jam sercowych wymaga zabiegów w celu usunięcia przeszkód w krążeniu. Pewne zabiegi wodolecznicze wywołują — po pierwotnym skurczu — rozszerzenie się naczyń obwodowych przy zachowaniu ich napięcia: przez to zmniejszają się przeszkody a praca serca staje się łatwiejszą.

Im większe są pauzy między pojedyńczymi skurczami, tem łatwiej może serce odpocząć, tem też wydajniejsze stają się te skurcze. W ten pożądany sposób działa — narówni z naparstnicą — przyrząd ochładzający stosowany na serce.

Wywołane przez zabiegi wodolecznicze pogłębienie ruchów oddychowych powoduje szybszy obieg krwi w żyłach — ku prawemu sercu — tworzy w płucach miejsce dla krwi, zwiększa ilość

przyjmowanego tlenu i zwiększa odpływ krwi z płuc do serca lewego.

W szeregu zabiegów ku zapobieganiu i usuwaniu wodnej puchliny—działa ochładzacz na serce stosowany, jak naparstnica, zwiększając ciśnienie w aorcie, sprzyjając wsysaniu i wydalaniu przesięków. W tym samym kierunku działa zwiększenie utraty wody przez skórę, które może być znakomicie powiększone przez samo tarcie skóry suchem suknem; jeszcze silniej działa połączenie podrażnienia mechanicznego z bodźcem cieplnym: np. przy stososowaniu obmywań częściowych, wilgotnych zawijań oddzielnych części ciała (szczególniej kończyn dolnych). W tym samym celu można stosować kąpiel parową w wannie, okrywając chorego nie po szyję, ale tylko do pach; jednocześnie stosować należy ochładzacz na serce.

W tych przypadkach, gdzie zawcześnie jeszcze na naparstnicę, przy nieprzyjemnem uczuciu w okolicy serca, kołataniu serca, ochładzacz na serce często przynosi ulgę. Działanie naparstnicy zależy, po części, od skurczu naczyń obwodowych. Zabiegi wodolecznicze podnoszą ciśnienie przez bezpośrednie wzmocnienie siły mięśnia sercowego, nie zwiększając przeszkód w krążeniu, nie wprowadzając w grę sił zapasowych serca!

Zabiegi wodolecznicze pobudzają nieraz serce, które już przestało reagować na leki; po takim zabiegu staje się nieraz ono znów wrażliwe na naparstnicę. Odpada też przy wodolecznictwie kumulacyjne działanie naparstnicy.

Przy *endocarditis acuta* musimy uspokoić serce z powodu niebezpieczeństwa powstania zatoru. Tu wystarcza ochładzacz, stosowany przez długie godziny. W okresie zdrowienia wzmacniamy mięsień serca przez obmywania i wycierania częściowe.

Przy osłabieniu serca, grożącem wystąpieniem *zaburzeń wyrównania*, lub przy istnieniu tych-że, znów stosujemy spokój i ochładzacz sercowy aż do ustąpienia osłabienia serca, poprawy tętna, ustąpienia niezmiarowości tegoż i poprawy stanu podmiotowego. Stosowane następnie codziennie rano obmywania częściowe będą sprzyjały wzmocnieniu mięśnia, będą czynnie rozszerzały naczynia obwodowe, będą sprzyjały usunięciu przeszkód w krążeniu i t. p.

Jeśli wystąpiły *zaburzenia wyrównania z obrzękami, małą ilością moczu, z tętnem małem i niemiarowem*, natenczas przed zastosowaniem wężownicy na serce, zalecamy obmywania częściowe, by usunąć część przeszkód w krążeniu i wzmocnić mięsień sercowy. Zaczynamy przy tem od kończyn dolnych, a po paru dniach przechodzimy do tułowia, wreszcie — obmywamy całe ciało. Po tem dopiero przechodzimy do ochładzacza na okolicę sercową.

Przy obecności przeszkód, którym serce nie może podołać, stosujemy zaraz po obmywaniu — ochładzacz na 1—2 godziny. Wtedy jest też wskazane stosowanie ochładzacza na kark; pobu-

dzenie nerwów błędnego i współczulnego dopomaga działaniu wyżej wskazanych zabiegów.

Jeśli stan układu naczyniowego poprawił się — stosujemy, obok mięsienia i gimnastyki biernej, półkąpiele, krótkie $1/2$ minuty trwające; kąpiele deszczowe, krótkie a silne; wycierania 1—2 minutowe.

Przeciw uporczywym obrzękom stosujemy kąpiele parowe w wannie, 5—10 minutowe, z ochładzaczem na serce, na $1/2$—1 godzin.

Przy właściwem łączeniu działania naparstnicy i zabiegów wodoleczniczych można bardzo wiele zdziałać.

(Blätter f. Klin. Hydrotherap. 1899. 12.)

*S.*

# WIADOMOŚCI DROBNE.

— *Węgiel* otrzymany ze spalonej *słomy* żytniej i owsianej służy w wojsku francuskiem jako *środek opatrunkowy* (na rany świeże, ropiejące, oparzenia i t. d.) Odręcznie taki węgiel otrzymać można, spalając małe wiązki słomy w garnku; kiedy się słoma rozpali—nakryć garnek; otrzymaną słomę spaloną rozciera się na proszek, którym się przysypuje ranę.

(La Revue méd. 1899. № 270.)

— Jako dobre constituens do maści (szczególniej maści ze środków balzamicznych, dziegciu, ichtyolu, sublimatu, octanu, ołowiu) radzi Unna tak przezeń zwaną *Ung. domesticum* następującego składu: żółtek 20,0 olejku migdałowego 30,0.

(Mon. f. prakt. Dermat. XXIX)

— Dr. Hare sprawdził klinicznie moczopędne działanie *szparagów*, stosując wyciąg z 10,0 dziennie (na 3 dawki). Przy obrzękach pochodzenia sercowego i wątrobowego otrzymał wyniki dodatnie.

— Cukier wzmacnia bóle porodowe. Przy słabych skurczach macicy należy podać rodzącej roztwór 30,0—60,0 cukru, lub, uprzedzając zbyt powolny poród, przed początkiem porodu—naraz 100,0—130,0 cukru.

(Monatsch, f. Geburts. XII.)

— Menge znalazł, iż badanie nerek za pomocą wymacywania wywołuje często białkomocz. Z 21 chorych z opuszczoną nerką (nephroptosis) objaw ten wystąpił u 14 i znikł po upływie $3/4$ do 2 godzin. Kateteryzacya moczowodów wykazała, iż białko pochodzi z nerki. Występowanie tego objawu zależnem jest od siły i trwania ucisku, od ilości

tkanki tłuszczowej, której większe nagromadzenie chroni nerki od urazu, od napięcia ścianek brzusznych, położenia nerek i ich indywidualnej wrażliwości. Zdaniem autora, wiele przypadków białkomoczu przestankowego i okresowego zależy prawdopodobnie od ucisku opuszczonych nerek odzieżą, za czem przemawiają też dodatnie wyniki tuczenia tych chorych. Autor ostrzega przed miesieniem nerek i bandażami uciskającymi nerki.

(München. Med. Woch. 1900, 23.)

— Neumann stwierdza spostrzeżenia Jaksch'a, Strümpell'a i Strauss'a (patrz Czas. lek. 1900, 4, str. 167) o częstości występowania cukromoczu pokarmowego u chorych z nerwicami urazowemi. Badając w tym kierunku 41 chorych, otrzymał on 12 razy (34,16%) wynik dodatni.

(Monatssch. f. Unfallheilk. 1900, 8.)

— Przeciw *furunculosis* radzą raz na dzień zażywać Flor. Sulfuris 2,0—3,0.

— Podłogi w szpitalach raz na rok smarować mieszaniną: 1 cz. parafiny roztopionej—na 9 cz. benzyny. Codzień zmywać wodą.

— Ostatnie badania, w instytucie hygjenicznym w Würzburgu, przemawiają za tem, że *somatoza* bardzo trudno zostaje przyswojona (40—50%) i drażni przewód pokarmowy. Prócz tego, widywano po somatozie cukromocz.

— Winternitz leczy *wypryski przewlekłe* w ten sposób: miejsce schorzałe pokrywa czerwoną materyą jedwabną i poddaje je działaniu bezpośrednich promieni słońca (seanse aż do czterech godzin). Wyniki otrzymał bardzo zachęcające.

— Robotnik M. z powodu urazu otrzymanego przy pracy zawodowej był odesłany do szpitala. W okresie rekonwalescencyi zaraził się w szpitalu jakąś chorobą zakaźną, która wtedy panowała w szpitalu, i z powodu niej zmarł. Powstało pytanie, czy rodzina zmarłego ma prawo do tej renty, jaką wypłacają robotnikom zmarłym z powodu skutków zdarzenia nieszczęśliwego przy pracy. Państwowy Zarząd Ubezpieczeniowy w Niemczech uznał śmierć M. za pośredni skutek wypadku, ponieważ M. dostał się do szpitala dzięki ranie otrzymanej przy pracy; również operacya, jakiej uległ w szpitalu, stanowiła moment osłabiający organizm, więc zmniejszający odporność przeciw chorobom zaraźliwym.

(Allg. med. Centr.-Ztng. 1900, 31. X.)

# KRONIKA.

— Zmieniając dotychczasową pisownię w „Czasopiśmie" stosowaną, poddajemy się uchwale „Sekcyi prasy lekarskiej" IX Zjazdu, której to sekcyi uchwała brzmiała: „Sekcya prasy lekarskiej postanawia, aby wszystkie pisma lekarskie polskie trzymały się pisowni zalecanej przez Akademię Umiejętności".

— Do Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego na rok 1901 wybrano kolegów: K. Jonschera (przez aklamacyę — na prezesa) L. Sikorskiego (na vice-prezesa), Br. Handelsmana (na sekretarza), Ks. Jasińskiego (na bibliotekarza) i H. Kohna (na skarbnika) — wszystkich ponownie.

— Laboratoryum chemiczno-bakteryologiczne kol. St. Serkowskiego w Łodzi nadesłało nam list następującej treści:

Szanowny Kolego! Mam zaszczyt zakomunikować Szanownemu Koledze, iż pracownia moja podejmuje się dezynfekcyi mieszkań po chorobach zakaźnych. Sposób dezynfekcyi będzie rozmaitym, zależnie od zakażenia i warunków miejscowych w mieszkaniach; naprzykład specyalnie do mieszkań, zakażonych gruźlicą, stosowaną będzie metoda Spengler'a.

## Krytyka i bibliografia.

Dr. Czesław Stankiewicz. W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia-zgięcia macicy. Łódź. Nakładem autora. 1900.

Piśmiennictwo nasze nie obfituje w obszerniejsze prace oryginalne, w formie książki wydane, a oddzielnej jakiejś postaci chorobowej poświęcone; z uznaniem przeto powitać należy pracę Cz. Stankiewicza wydaną w formie książki pod powyższym nagłówkiem. Jak sam tytuł wykazuje, głównym celem pracy jest omówienie leczenia operacyjnego przy tyłopo-chyleniach i — zgięciach macicy, krótkiemi tylko słowy zbywa autor środki terapeutyczne, nie na drodze operacyjnej przez lekarzy przy tem cierpieniu stosowane. Omówiwszy w krótkich słowach, lecz treściwie, objawy tyłopochylenia i — zgięcia macicy, konstatuje autor wyniki wątpliwe pod względem zupełnego uleczenia wspomnianego cierpienia przy pomocy wianków, rezultaty zaś na drodze operacyjnej otrzymywane są według autora prawie doskonałe.

Na str. 19 autor powiada:

„Stanowisko, jakie zajmuje przeważna część ginekologów współczesnych, uważając tyłozgięcie macicy tylko wtedy za wskazane do operacyi, gdy inne sposoby (leczenie wiankami, mięsienie) pozostały bez skutku, nie wydaje mi się słusznem. Przed kilku laty, wśród powodzi nowych zabiegów chirurgicznych gorąco zachwalanych, a niesprawdzonych co do wyników późniejszych, stanowisko takie było łatwo zrozumiałe. Ale dziś, gdy się już wyrobiły zabiegi pewne*), gdy natomiast inne, pod obuchem krytyki,

[1]) Podkreślone przez referenta.

spadły rychło w otchłań zapomnienia, czas byłby zerwać z rutyną! Konserwatyzm jest dobry o tyle, o ile nie stoi w poprzek na drodze prawdziwego postępu. I jeżeli mamy do wyboru: zabieg chirurgiczny z rękojmią udania się i leczenie wiankiem, z wynikiem wątpliwym, gdzież padnie nasz wybór?"

Odpowiedź nietrudna, przekonanym tylko być należy o pewności i, dodam zaraz, nieszkodliwości odpowiedniego zabiegu chirurgicznego.

Czy zaś rękoczyny chirurgiczne, przy omawianem cierpieniu stosowane, odpowiadają tym wymaganiom, przekonamy się z dalszego przeglądu pracy autora.

Z zabiegów chirurgiczuych przy omawianem cierpieniu wskazanych, omawia autor następujące operacye:

1) Skrócenie więzów obłych:

a) zewnątrz otrzewnowo- t. zw. Alquié — Aleksander-Adamsa

b) skrócenie więzów przez pochwę — operacya Bode-Wertheima

c) skrócenie więzów obłych przez cięcie brzuszne — operacya Wylie-Ruggi—Bodego.

2) Vaginofixacya.

3) Ventrofixacya.

Z pośród wspomnianych rękoczynów autor przyznaje bezwarunkowo pierszeństwo operacyi Bode-Wertheima. Lecz idźmy wślad za autorem. Przedewszystkiem opisuje autor operacyę Aleksandra, wyliczając rozmaite modyfikacye techniczne. Autor dokonał 4 razy tej operacyi, lecz tylko dwa razy ze skutkiem pomyślnym, w dwóch pozostałych zaś z wynikiem ujemnym. Podając rozmaite cyfry statystyczne uleczeń przez rozmaitych autorów otrzymywane, wylicza autor zalety operacyi i znaczny procent uleczeń (82—85%), normalny przebieg ciąży i porodu po operacyi, względną niewinność zabiegu (zejście śmiertelne należy do prawdziwych wyjątków); ze stron ujemnych operacyi notuje autor: trudności, niekiedy napotykane przy odszukiwaniu więzu nawet przez najwybitniejszych operatorów, przerywanie się więzów przy operacyi, co bywa zjawiskiem względnie częstem, przydługie gojenie się ran po tej operacyi; dość często się zdarzające bóle w bliznach, możność utworzenia się przepukliny następczej. W wnioskach o tej operacyi, która zresztą przy tyłozgięciach nieruchomych zastosowania znaleźć nie może, stawia ją autor w porównaniu z operacyą skrócenia więzów obłych przez pochwę na miejscu drugiem; widzimy przeto, że metoda ta nie daje wyników pewnych, posiadając natomiast dużo stron ujemnych.

Przyjrzyjmy się teraz kolejno innym zabiegom chirurgicznym, przy omawianem cierpieniu stosowanym, pozostawimy jednak rozpatrzenie operacyi Boda-Wertheima, której autor bezwzględną wyższość przyznaje, na koniec.

Skróceniu więzów obłych na drodze brzusznej nie poświęca autor wiele miejsca. Dwa razy tylko dokonal autor tej operacyi, co zresztą jest zrozumiałe, osiągał albowiem tych samych rezulta-

tów na drodze niewinniejszej, bo pochwowej. Gdy więc z tych lub innych powodów operacya cięcia brzusznego jest wskazana— zaleca autor skrócenie więzów obłych na drodze brzusznej w celu usunięcia ewentualnego tyłozgięcia macicy.

Vaginofixacya czyli przyszycie macicy pochwowe po okresie niezmiernej popularności, dzięki pracom Dührsena i Mackenrodta, szybko zaczęła tracić uznanie z powodu niezmiernie ciężkich powikłań ciąży i porodu, po tej operacyi zauważonych. Nie miejsce tu na omawianie szczegółowe wad i zalet tej operacyi, zgodzić się zaś należy ze zdaniem autora, które panuje prawie niepodzielnie teraz śród ginekologów, że operacya ta w czynnym okresie życia płciowego zastosowania znaleźć niepowinna, w okresie zaś okwitania może oddać duże usługi. Autor dokonał 6 razy tej operacyi z dobrym wynikiem.

Ventrofixatio czyli przyszycie macicy do powłok brzusznych daje pod względem ortopedycznym wyniki b. dobre, choć autor kilka razy napotykał chore operowane w klinikach, u których macica przytwierdzona do ścian brzusznych, w dalszym ciągu zostawała tyło-zgiętą, było zatem retroflexio uteri ventrofixati; referent też kilka razy podobne przypadki napotykał.

Jeżeli dodamy zaburzenia, notowane po tej operacyi w przebiegu ciąży i porodu, zniewalające kilkakrotnie już autorów do dokonywania cięcia cesarskiego podczas porodu; krwawienie po porodzie, objawy niedrożności wskutek uwięzgnięcia jelit w szparze pomiędzy pęcherzem a zrostem macicy ze ścianą brzuszną, bóle w bliźnie brzusznej, następcze przepukliny brzuszne — przekonamy się, że zabieg ten ani pod względem wyniku, ani pod względem bezpieczeństwa nie może być uważany za doskonały.

Przypatrzmy się teraz operacyi Bode-Wertheima, której autor poświęcił znakomitą część swego dzieła, bo od stronicy 46 do 125 t. j. przeszło połowę (książka zawiera 197 stronic). Operacya ta według autora zajmie bezwarunkowo z czasem pierwsze miejsce śród zabiegów chirurgicznych, przy tyłopochyleniu i zgięciu macicy stosowanych. Operacya ta może znaleźć zastosowanie i w tych przypadkach, w których operacya Aleksander-Adamsa z powodu zrostów macicy dokonaną być nie może; operacya ta nie wytwarza nienormalnych zrostów macicy, jak to czynią pochwowe lub brzuszne umocowanie macicy, i nakoniec na tej samej drodze mogą być jednocześnie dokonane na narządach rodzajnych i inne operacye, niezbędne w tym lub innym przypadku. Autor dokonywa omawianej operacyi przy pomocy klampu z rowkiem i otworem swego pomysłu i z pewnemi drobnemi zmianami w porównaniu z techniką operacyjną, proponowaną przez twórców tego zabiegu. Autor illustruje wyniki przy pomocy tej operacyi otrzymane na 23 przypadkach, których szczegółowe historye przytacza. Rezultaty pod względem technicznym przy tej operacyi otrzymane są bardzo zachęcające, lecz nie bezwzględnie dobre, wyniki zaś pod względem uleczenia od przykrych objawów podmiotowych nie są b. dobre; autor podaje 56% uleczeń. Dodać winniśmy, że

operacya omawiana nie odbija się ujemnie, czego zresztą a priori oczekiwać należało, na ciąży i porodzie. Z pośród pacyentek autora (23 przypadki) 6 osób zaszło po operacyi, 4 odbyły już poród i 3 porody były lekkie, jeden ciężki, co zależało prawdopodobnie od operacyi Emmeta, na szyjce macicznej dokonanej. Po porodach wspomnianych tylko w jednym przypadku nastąpił nawrót tyłozgięcia macicy.

Przekonywamy się zatem, że operacyi omawianej należy oddać bezwarunkowo pierwszeństwo przed innymi wyżej przytoczonymi zabiegami, lecz rezultaty i przy tej operacyi otrzymywane, nie są jeszcze bezwzględnie pewne, nie dają przeto prawa autorowi do trochę śmiałych twierdzeń, na początku niniejszego sprawozdania przytoczonych. Ścisłość każe nam jednak dodać, że autor w ostatnim rozdziale pod nagłówkami: „wskazania lecznicze“ łagodzi słowa na początku swej pracy wypowiedziane, wyznaczając odpowiednie miejsce i innym środkom terapeutycznym, przy leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy dotychczas stosowanym.

W końcu dodać winienem, że z ostatniem słowem w sprawie operacyi Bode-Wertheima wstrzymywać się jeszcze należy, zbyt bowiem czas krótki upłynął od czasu pojawienia się tej operacyi, abyśmy mogli stanowczy wyrok w tej sprawie wydać. Pewne wątpliwości nasuwają się już choćby z teoretycznego punktu widzenia: więzy, dzięki omawianej operacyi skrócone, podczas następczej ciąży wydłużają się jednocześnie z powiększeniem się macicy, po porodzie zaś osiągają one znów niewątpliwie tą samą długość, jaką miały przed operacyą; obecność zatem przyczyn, które uprzednio spowodowały nienormalne położenie macicy, może spowodować nawrót cierpienia; nie jest nam także wiadomem, co się staje z wykluczoną częścią więzów obłych, czy obumierają one, czy pod wplywem ciąży nie rozluźniają się pętlice przy operacyi zrobione — dalszym badaniom anatomo-patologicznym wypadnie dopiero rozmaite te kwestye rozstrzygnąć. Sam twórca tej operyi Wertheim, w krótki czas po zaproponowaniu omawianego zabiegu, niezadowolony ze swej idei, wystąpił z propozycyą nową: niezadawalniania się skróceniem tylko więzów obłych, lecz uczynienia tego samego na więzach maciczno-kuprowych (lig sacro-uterina).

Ramy pisma nie pozwalają mi na uwydatnienienie wielu kwestyi ciekawych, przez autora w książce poruszonych, z najwyższem jednak uznaniem wyrazić się muszę o nadzwyczajnej ścisłości, z jaką historye choroby są przytoczone. Przekonać się z nich można, że autorowi nie chodzi o tani poklask, który się zdobywa ujawnianiem tylko rezultatów dobrych; skrzętne notowanie wszelkich skarg chorych po operacyi i wszelkich nawet najdrobniejszych powikłań podczas i po operacyi każe nam cenić w autorze człowieka wiedzy, który chce wnieść promyk światła do kwestyi leczenia tyłozgięcia macicy, dzielącej lekarzy na rozmaite obozy.

Wytworność i barwność stylu, ładny druk, czynią to, że książka czyta się z przyjemnością.

Reasumując się, powiedzieć należy, że można się zgadzać lub niezgadzać z niektórymi wnioskami autora, praca jednak omawiana zajmie niewątpliwie poczesne miejsce w literaturze kwestyi leczenia tyłopochyleń macicy i żadnemu z późniejszych pracowników na polu kwestyi omawianej pominąć tej pracy nie wypadnie.

*Józef Saks.*

---

Doc. Dr. Ludomir Korczyński. Zarys balneoterapii i balneografii krajowej. Str. XV + 487. Kraków. 1900.

Oceniając dzieło Doc. L. Korczyńskiego, mam przedewszystkiem na uwadze czytelników — wychowawców uniwersytetu warszawskiego. Dla nich bowiem, szczególniej młodszych, wartość tego dzieła polega nie tylko na dokładnej balneografii krajowej, ale — w stopniu równym — na tym zarysie balneoterapii, jaki stanowi pierwszą (większą) połowę tego dzieła.

Nasze wiadomości o hydroterapii, balneoterapii i klimatoterapii — w chwili gdy opuszczamy zakład naukowy — są żadne, lub prawie żadne. Wiemy „ile trzeba strychniny na zabicie 1 kilo królika“, ale o zabiegach wodoleczniczych, o sposobie działania wód mineralnych, o różnicy w działaniu klimatu górskiego a morskiego — ledwie że najogólniejsze posiadamy wiadomości.

Dlatego podręcznik balneoterapii, obejmujący wodolecznictwo, leczenie wodami mineralnemi i leczenie klimatyczne — należał się polskim lekarzom już oddawna. Niewątpliwie podniesie on poziom naszych w tym kierunku wiadomości, poziom — obecnie — bardzo nizki.

Co się tyczy balneografii, zaznamiającej nas z własnemi bogactwami z zakresu środków leczniczych balneoterapeutycznych, to zarzut nieznajomości w mniejszym stopniu obciąża nasz świat lekarski. Co prawda, raczej uczciwe i dobre chęci obywatelskie górują tu nad wiadomościami ścisłemi. Bo bez znajomości zasad ogólnych trudno trafnie stosować szczegółowe środki terapeutyczne. Tem nie mniej większość lekarzy walczy z publicznością za swojskie uzdrowiska i źródła lecznicze, mając za swego stałego wroga: wyższość urządzeń balneologicznych w większości lecznic zagranicznych.

Książka Doc. L. Korczyńskiego daje w rękę każdemu z nas nowe argumenty, przekonywające o postępach naszych urządzeń balneologicznych. Zwalcza w nas samych uprzedzenie do wielu z nich, a dzięki temu umożliwia starania o dalszy ich rozwój.

Zarzuciłbym tylko śmiał zbyt częste powoływanie się w tekście na prospekty, jako na źródło wiadomości książkowych; niemile też rażą takie epitety (przy opisywaniu jednego z czterech zakładów prywatnych w danej miejscowości istniejących) jak: „pensyonat kierowany sumiennie i umiejętnie“. Może też zbyteczne jest wyliczanie w balneografii takich miejscowości, jak: Del-

mia lub Grodzisko; wszak takich letnich siedzib istnieje u nas w kraju setki. *S.*

---

Zimna woda Przyjaciółka nasza.—Z notatek starego lekarza i własnego 25-letniego doświadczenia zebrał i podał do druku Ksiądz Piliczowski ku oświeceniu i uldze wieśniaków. Warszawa. 1900. Str. 108.

„Czcigodny Kneip" — czytamy w przedmowie — „również poświęcił się wskazywaniu kuracyi ludzkości". „Ale książki przezeń napisane — to zbiór takich subtylizacyj i niezrozumiałych wyrażeń, że nasz wieśniak z tych rad nie korzysta".

A więc mamy tu do czynienia z podręcznikiem leczniczym.

Powiedzmy z góry, że jest to praca wysoce nienaukowa, nielogiczna, napisana chaotycznie, praca którą zwalczać należy jako jeden ze szkodliwych przejawów partactwa leczniczego.

Przedewszystkiem — jak pisze dla naszych wieśniaków autor potępiający „niezrozumiałość" Kneippa:

„Affekcye reumatyczne" (str. 28) „colica" (str. 33). „Transpiracya" (str. 35), „Ascites" (str. 35), „Purgans" (str. 35), „Atrophia" (str. 46), „Tollsichtige" (str. 52)[1]) „Tympanum" (str. 56), „Cardialgia" (str. 57), „Mila angielska" (str. 57), „Intestinum rectum" (str. 62).

To są wyrażenia „zrozumiałe" dla wieśniaka!

Jak zaś na swego czytelnika autor ze swej wysokości patrzy, świadczy ustęp na str. 73-ej: Pan de Fontenay, chorując na podagrę, pijał samą wodę. „Jeżeli ten człowiek wysokiego stanu poddał się kuracyi zimną wodą, to jakże prości ludzie" i t. d.

Ale bo od tych „prostych ludzi" wymaga autor czasami bohaterstwa, na które by się nie zdobyli nawet ludzie „wysokiego stanu". Oto jaką kuracyę stawia za przykład przy „szaleństwie pochodzącem z gorączki": Jedna przez 8 dni bredząca w gorączce „dopiero jak ją o północy w rzece przez kwadrans nurzano i na pływanie puszczono" — wyzdrowiała.

Pozwolę sobie przytoczyć wybitniejsze (a krótkie) ustępy z tego podręcznika leczniczego.

„*Zanieczyszczenia* (wody) *płynne* bywają najróżnorodniejsze: oprócz gazów[2]), jeszcze silnie trujące płyny, zwane jadami trupiemi".

„Woda zimna tak działa, jak opium i china" (str. 33).

„Cierpiący na opuchlinę może się w zimnej wodzie rzecznej tak długo kąpać, póki ziębnąć nie pocznie". „O jednym takim chorym piszą, że mu w piątym dniu takiej kąpieli puchliny na 6 cali ubyło" (str. 36).

„Pewien głuchy podczas febry do zimnej wanny wszedł, z której po kilku minutach wydostał się i w około ogrodu pod-

---

[1]) Ma to naszemu wieśniakowi bliżej określić wyraz „furjaci"! [2]) Tu i dalej wyrazy spacyowane nie są tak w oryginale drukowane, lecz przez referenta podkreślone.

czas zimowej nocy nagi obiegł! Tak się pozbył i febry i głuchoty" (str. 57).

„W Indyach, gdy kogo febra trzęsie, kąpią go w rzece, z której wyprowadzają już uzdrowionego". (str. 61)

W rozdziale: *Dyssenterya* czytamy: „Dorodnemu młodzieńcowi wysypały się krosty i guziki na twarzy, przy tem codziennie krew mu ciekła z nosa. Gdy wodę za moją radą pijał, zginęły mu te krosty i krwi cieczenie ustało. Potem się stał się tak otyłym, że go własny ojciec przy spotkaniu nie poznał") (str. 63)

„Tegoż skutku (poprawa po kąpielach) spodziewać się mogą ci, którzy nasienia płynu cierpią" czytamy w rozdziale... *Biegunka.*

„*Położnica. Rodzenie.* Te nieszczęśliwe istoty ratuje woda". (str. 78)

Rozdział: „*Odleżenia*" tak brzmi: „Świeżą bieżącą wodę wstawić pod łóżko, a odleżenia nie będzie". (str. 80)

Przy odrze zabrania autor... piwa i wódki. (str. 87)

Jako dowód skuteczności kąpieli przytacza autor fakt, że „pewna z wysokiego stanu dama wpadła w przerębel podczas ciąży; oprócz przestrachu nic się jej nie stało i córkę zdrową powiła". (str. 89).

Zbawienne skutki picia wody: „Król Stanisław August z dzieciństwa pijając tylko wodę, doczekał się królewskiej korony".

„Patentowanym lekarzom" (str. 49) nie szczędzi autor przymówek, ostrzega wieśniaków żeby się „nie męczyli używaniem długich leków, kosztownych i często zawodzących".

Pomimo tytułu „Zimna woda" autor często sięga do skarbnicy innych leków. Więc zaleca upusty krwi (str. 48, 53, 78, 98), saletrę, wodę od bicia wieprzy, kleje z dodatkiem mleka i okowity, kwasy, słód, baranie nogi, patruchy z siana, okrywanie białemi chustami, rozpalone żelazo na kark, odwar z runi żyta i t. d. Środki nieszkodliwe przeważnie, ale rozszerzające zakres tej niby wyłącznie „zimnowodnej kuracyi". (str. 4)

Ile fałszywych poglądów szerzyć może ta książeczka—nie podobna mi przytaczać, bo bym musiał jej połowę tu przepisać. Do powyższych przykładów dodam, że — podług autora — można się obyć bez lekarza i przy „wrzodzie karbunkułowym", wściekliżnie, „chorobach oczu ciekących", zwichnięciach — wszystko uleczy zimna woda. Jeśli ona nie pomoże przy „mizerere", to „już tylko na śmierć gotować się należy".

Zabawnie brzmi taka pochwała wody: „Przyzwyczajenie do zimnej wody to takiż sam nałóg, choć pożyteczniejszy, jak do innych rzeczy. Pewien monarcha przyzwyczaił się z młodu do do trucizny. W dojrzałem wieku mógł tejże trucizny, tyle ile laskowy orzech bez szkody dla siebie używać. Tak i Turcy do opium nawykają, że im nic nie szkodzi".

Za bardzo szkodliwy (i nieprawdziwy) uważam ustęp na str. 32-ej: „Gdyby kto tak był przyzwyczajony do trunków, że wpadłby w jaką chorobę ich nie pijąc, co bardzo łatwo przytrafić może".

Potępiając na str. 43-ej smarowanie spirytusem (które „do prędszej śmierci przygotowuje“) autor poleca na str. 49-ej — obmywania okowitą! Zaś w rekonwalescencyi „najlepiej pić herbatę z dobrem winem“.

A przecież pisząc o „wodzie — przyjaciółce naszej“ można było tak pożytecznie rozwinąć moralne myśli o hygienie ciała i o szkodliwości napojów wyskokowych!

Niestety, ksiądz Piliczowski wolał napisać podręcznik partactwa leczniczego, ograniczając morał do takiego zdania[1]):

„Nie lubi“ (woda) „znikomości doczesnych i uczy wielu przez swą chciwość pokory, gdyż doczesności i bogactwa przez nią zdobywane, rzadko powraca ludziom i nie tylko pochłania co się daje, lecz i zakopuje w głębi nurtów swoich“. (str. 27).

---

Kalendarz lekarski J. Polaka na rok 1901. W roku bieżącym ten tak popularny kalendarz został zupełnie na nowo ułożony. Nowe opracowanie daje wszystkim, którzy z takich vade-mecum umieją korzystać, kalendarz w niczem nie ustępuje najlepszym tego rodzaju wydawnictwom obcym.

Dział adresowy opracowany jest bardzo dokładnie. Naturalnie, zmiany w adresach, jakie zaszły pod koniec roku ubiegłego— nie są już uwzględnione.

Jedyny bym zarzut śmiał uczynić nie kalendarzowi wprost, lecz: o nim ogłoszeniom, Te jako autorów działu terapeutycznego podają „wybitniejszych praktyków naszych“: (poczem następują nazwiska). Pomijając to, że znajdujemy tu jedynie nazwiska lekarzy warszawskich, przez co autor ogłoszenia znakomicie ogranicza liczbę naszych lekarzy, ośmielę się wypowiedzieć zdanie, że takie „nominacye“ ogłoszeniowe wzbudzają pewien niesmak.

Rzecz zrozumiała, że daleki jestem od stosowania powyższego sądu do kogokolwiek, z wyliczonych kolegów; przeciwnie—razi mię właśnie łączenie ich nazwisk z takiem ogłoszeniem. Kiedy się wylicza: Dunina, Sokołowskiego, Rejchmana, Krajewskiego, Bączkiewicza, Gajkiewicza i t. d. — to zbyteczne objaśniać lekarzy, kto są autorzy działu terapeutycznego w omawianym kalendarzu.

*S.*

---

1) Przecinkowanie, jak w oryginale.

*Komitet redakcyjny:* L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K, Jonscher, J. Koliński, A. Krusche. J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz. A. Tumpowski,

**Wydawca:** Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Доз. Ценз. г. Лодзь, 30 Декабря 1900 г. Druk A. Karskiego, Nowy Rynek 11.